

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 3

DE

L'OCCLUSION INTESTINALE

au cours de

L'HÉMATOCÈLE INTRAPÉRITONÉALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 30 octobre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Georges JACQUET,

Né à Avignon (Vaucluse), le 30 juillet 1872.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

Rue des Maronniers, 7

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 3

DE
L'OCCLUSION INTESTINALE

au cours de

L'HÉMATOCÈLE INTRAPÉRITONÉALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 30 octobre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Georges JACQUET,

Né à Avignon (Vaucluse), le 30 juillet 1872.



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON
Rue des Marronniers, 7

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. LORTET DOYEN.
M. LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophthalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNEQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOUJIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS. —
Accouchements	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE. —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (A.).	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. Assesseur ;

MM. SIRAUD et BERARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE

MON PÈRE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études, près de quitter cette Ecole lyonnaise aux principes de laquelle nous avons été élevé et dont nous resterons un disciple fidèle, il nous est agréable d'assurer nos Professeurs et nos Maîtres de notre bien vive reconnaissance et de notre entière gratitude.

Il y a deux mois encore, nous nous faisons un plaisir à l'idée de dédier ce modeste travail à notre parent, le Docteur Taulier, sénateur de Vaucluse, auquel nous devons d'avoir embrassé la carrière médicale et qui nous entoura toujours de ses conseils les plus éclairés. La mort est venue le ravir à notre affection. L'hommage que nous voulions lui rendre de son vivant, nous le devons à sa mémoire.

A M. le professeur Poncet, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale et qui a puissamment contribué à notre enseignement par ses savantes leçons de clinique chirurgicale, nous adressons nos plus sincères

remerciements. L'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre Thèse, est un droit de plus à notre reconnaissance.

Nous n'aurions garde d'omettre dans nos remerciements M. le professeur Teissier, dans le service duquel nous avons été stagiaire, et dont l'affabilité le fait aimer de tous ceux qui l'approchent.

Monsieur le professeur agrégé Jaboulay a bien voulu nous communiquer une intéressante observation. La bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli est un gage de l'intérêt qu'il nous porte. Nous lui en savons un gré infini.

Nous avons toujours trouvé auprès de M. le professeur agrégé Siraud un accueil des plus sympathiques; qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nous remercions M. le professeur agrégé Bérard d'avoir bien voulu accepter de faire partie de notre Jury de Thèse.

M. le docteur Tixier s'est avec empressement mis à notre disposition pour nous renseigner sur un cas qui nous intéressait. Qu'il accepte l'expression de notre gratitude.

Pendant de trop courtes fonctions d'interne à l'hôpital d'Avignon, nous avons été sous les ordres de M. le docteur Cassin. Nous n'avons eu qu'à nous louer des conseils qu'il nous donna. La sympathie qui est née chez l'étudiant, persistera chez le confrère. Nous sommes heureux de le lui renouveler aujourd'hui.

Nos amis Carle et Joli, internes des Hôpitaux, ne nous ont ménagé ni leur temps ni leurs connaissances pour le travail que nous soumettons à l'appréciation de nos Juges. Qu'ils reçoivent ici, avec nos remerciements, l'assurance de notre inaltérable amitié.

Nos recherches ont porté, dans ce travail, sur les cas d'Occlusion intestinale observés au cours de l'Hématocèle intrapéritonéale.

Nous l'avons divisé en quatre chapitres.

Dans le premier, nous faisons un historique rapide de la question.

La pathogénie occupe notre second chapitre.

Le diagnostic clinique et le traitement sont successivement étudiés dans le troisième et le quatrième chapitre.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

Peu d'auteurs ont attiré l'attention sur les complications en général, qui peuvent survenir au cours de l'hématocèle intrapéritonéale et sur sa terminaison par occlusion intestinale en particulier.

Des recherches auxquelles nous nous sommes livrés, il résulte que la littérature médicale est peu documentée sur cette question. Si ce sujet a été quelque peu laissé dans l'oubli, la cause en est assurément due à la rareté des faits typiques d'occlusion intestinale franche observée avec tous ses caractères cliniques. Souvent aussi une péritonite concomittante vient masquer les phénomènes plus ou moins aigus de compression de la poche hématocélique sur l'intestin. Nous croyons que de ce fait bien des cas sont passés inaperçus. N'est-ce pas, en effet, ce qui avait lieu pour l'appendicite qui est devenue d'une fréquence relativement considérable depuis que les travaux de ces dernières années nous ont bien fait connaître l'étiologie et les phases de cette maladie ?

Sans doute on a signalé comme complication de l'hématocèle des troubles dans le fonctionnement du

tube digestif, consistant dans de vives douleurs quand la malade veut aller à la selle, ou des écoulements séro-purulents résultant d'une irritation des parois intestinales. La constipation opiniâtre qui accompagne cet état peut aller jusqu'à simuler l'obstruction. Mais ce sont là des phénomènes de simple parésie et nous verrons plus loin quel en est le diagnostic différentiel.

La plupart des classiques ont passé sous silence ce mode de terminaison de l'hématocèle. Quelques-uns l'ont signalé sans en faire assez ressortir tout l'intérêt pathogénique, clinique et surtout thérapeutique, que la question peut offrir.

« Quand l'hématocèle est ancienne, dit M. Reclus, « on trouve aussi des lésions de voisinage utiles à « bien connaître..... Parmi ces lésions, il faut, avant « tout, ranger les graves désordres viscéraux que les « grosses hématocèles sont susceptibles de provoquer. « Dumontpallier a observé un cas dans lequel les ure- « tères comprimés avaient subi une ectasie considéra- « ble. Peu à peu les lésions avaient gagné le rein et « déterminé des phénomènes urémiques mortels. De « même l'intestin peut être rétréci par des brides cicatricielles telles qu'elles provoquent des accidents « d'étranglement interne. »

Quant à la terminaison de l'affection, en exceptant l'hématocèle foudroyante, cataclysmique de Barnès, voici comment s'exprime l'auteur. « En somme, l'hématocèle rétro-utérine est une affection à marche « essentiellement chronique, aboutissant le plus souvent à la guérison par retraits successifs ou par éva-

« cuation spontanée, mais pouvant déterminer la mort
« par septicémie, quand l'évacuation s'est faite dans
« le rectum, ou par péritonite, quand la rupture a lieu
« dans le péritoine. »

M. Pozzi constate que les intestins agglutinés peuvent adhérer à la poche hémato-célique. « L'utérus est com-
« me enchassé au milieu de la tumeur, laquelle rem-
« plit et déborde souvent le petit bassin. Le toucher
« rectal est rendu très difficile par l'effacement de l'in-
« testin. Cette compression peut donner lieu à des
« signes d'étranglement interne. » La résorption pro-
gressive ou l'évacuation spontanée en sont les termi-
naisons heureuses. La mort peut survenir par périto-
nite ou par infection et épuisement.

Comme l'on peut s'en rendre compte par ce qui précède, les complications intestinales semblent n'avoir guère retenu l'attention des auteurs. Cette lacune dans l'histoire de l'hématocèle rend son étude d'autant plus intéressante que les faits sont plus rares et moins connus.

Dès 1867 Pletzer, dans un rapport à la Société d'obstétrique de Berlin, présente un cas de grossesse extra-utérine avec hémato-cèle, dans lequel la mort est due à des phénomènes d'étranglement interne.

En France, en 1874, Nouet, dans sa thèse inaugurale traitant de l'occlusion intestinale dans ses rapports avec les inflammations péri-utérines, effleure la question. « Les péritonites partielles qui se déclarent à la suite des inflammations péri-utérines, dit-il, peuvent, dans des conditions encore mal déterminées, donner lieu aux accidents de l'occlusion intestinale. »

Les observations qu'il rapporte ne lui ont pas permis de constater la possibilité d'un tel accident au cours de l'hématocèle.

Leroux publie, en 1877, une observation consignée dans la thèse d'agrégation de Maygrier où, à la suite d'hématocèle, les accidents du côté du tube digestif sont d'une netteté précise.

Magnin, en 1875, en rapporte un cas typique de M. le docteur Chavanne, dans le *Lyon Médical*.

Ettinger constate, en 1883, qu'un lithopédion a amené la mort par compression à la suite d'une grossesse tubaire datant de 15 ans.

L'année précédente, Chevalier relatait un cas où la mort était due à la compression exercée par le fœtus tombé dans les culs-de-sac péritonéaux.

Ce qui est remarquable dans les cas que nous signalons ci-dessus, c'est le peu de réflexions que ces observations ont suggérées à leurs auteurs. Tous constatent purement et simplement les phénomènes intestinaux, s'attachant surtout à faire ressortir la grossesse extra-utérine comme cause provocatrice de l'hématocèle, car cette affection préoccupait à cette époque beaucoup plus par son étiologie que par sa terminaison.

Il faut arriver en 1886 pour trouver, dans une communication de MM. Prengreuer et Vicente à la *Semaine Médicale*, une explication complète, tant pathogénique que thérapeutique, d'un cas particulier du sujet que nous traitons.

Tout dernièrement, M. Tixier, au mois de mai, a eu l'occasion d'opérer une malade présentant une hernie

ombilicale étranglée, consécutive à une hématocele formidable qui avait refoulé fortement les anses intestinales.

Quelques jours auparavant, Carle, interne à la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, publiait un nouveau cas d'occlusion intestinale, survenant au cours d'une hématocele péri-utérine, observation très intéressante tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue des considérations thérapeutiques qui en découlent.

Nous joignons à ces cas, grâce à l'obligeance de M. le professeur agrégé Jaboulay, une observation dans laquelle nous verrons une guérison complète et durable.

CHAPITRE II.

PATHOGÉNIE.

D'après l'étude des observations portant sur cet accident au cours d'hématocèles, nous pouvons comprendre trois modes pathogéniques d'occlusion intestinale :

1° Compression de l'intestin par fœtus ou lithopédion (obs. I, II, III).

2° Compression massive de l'intestin à la suite de gros épanchement sanguin (obs. IV, V, VI).

3° Obstruction lente par formation de brides cicatricielles résultant de l'organisation du caillot ou de la réaction inflammatoire du péritoine (obs. VII, VIII et IX).

§ I.

Nous avons pu recueillir trois cas de compression de l'intestin par des tumeurs fœtales, vérifiés à l'autopsie.

Dans le premier cas, la mort est survenue avec les accidents très nets d'occlusion intestinale. Les divers traitements médicaux avaient échoué et la malade a succombé avec les signes du choléra herniaire. L'autopsie montre le gros intestin, et plus particulièrement le rectum, aplati fortement contre le sacrum, par une poche kystique considérable, à paroi épaisse de 10 millimètres environ, contenant un fœtus de 3 mois non macéré, du poids de 125 grammes. De plus, le reste du gros intestin est rempli de matières fécales au-dessus de l'obstacle, prouvant ainsi que la compression provenait bien de la masse fœtale.

Notre deuxième observation, plus instructive encore, est l'histoire d'une grossesse extra-utérine avec rupture intrapéritonéale au 7^e mois. L'épanchement sanguin semblait s'être résorbé, la transformation du fœtus en lithopédion s'opérait normalement lorsque, 6 mois après, la malade meurt en 48 heures avec des phénomènes d'étranglement interne. La portion terminale de l'iléon était comprimée entre la tumeur et la paroi abdominale. Au niveau de cet étranglement siégeait même une perforation. L'intestin était dilaté par les gaz et les matières fécales au dessus, tandis qu'en deçà, il était au contraire vide et déprimé.

Cette tumeur était constituée par un fœtus de 7 mois, presque complètement transformé en lithopédion ; quant à la poche hémato-célique on en trouvait à peine trace.

Nous ne nous trouvons pas en présence d'une occlusion franche dans le troisième cas. Ici, la malade n'a pas succombé à des phénomènes d'obstruction, mais

à une affection intercurrente. Depuis longtemps, cependant, elle se plaignait de constipation opiniâtre alternant avec de la diarrhée. Les vomissements fréquents étaient apparus les derniers temps, si bien que l'on porta le diagnostic d'occlusion intestinale.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve une tumeur volumineuse constituée par un lithopédion entièrement calcifié. Le fœtus présentait de nombreuses adhérences à l'épiploon et à l'intestin grêle. On se rend compte aisément que cette masse devait gêner le cours des matières et provoquait ainsi les accidents observés pendant la vie.

Nous pouvons donc admettre, par l'étude de ces trois cas, que l'on doit considérer, comme une des formes d'occlusion intestinale dans l'hématocèle, la compression aiguë ou chronique du tube digestif par des masses fœtales.

§ II.

Lorsque l'hématocèle est considérable, l'épanchement sanguin peut comprimer en masse l'intestin et provoquer les accidents d'occlusion intestinale aiguë ou chronique.

M. le professeur agrégé Jaboulay, a bien voulu nous communiquer une observation typique d'un cas aigu, opéré et guéri.

Nous voyons, en effet, qu'il s'agit d'une hématocèle volumineuse provoquée par la rupture d'une grossesse tubaire au début (1 mois 1/2). Subitement, des phénomènes de compression de l'intestin, tels que nausées,

vomissements bilieux, fécaloïdes, avec arrêt complet des matières et des gaz, apparurent avec une si grande intensité, qu'ils nécessitèrent une intervention d'urgence. La laparotomie permit d'évacuer plus de deux litres de caillots de sang au milieu desquels l'embryon fut découvert. A la suite de l'opération les phénomènes s'amendèrent rapidement et la malade guérit.

M. le docteur Tixier a mis obligeamment à notre disposition, un cas semblable qu'il opéra d'urgence (obs. V). L'intérêt de cette observation réside non seulement dans l'énorme quantité de l'épanchement, mais encore dans la complication que ce dernier avait provoqué, principalement du côté d'une hernie ombilicale qui s'était étranglée. La malade portait, en effet, au niveau de l'ombilic, une tumeur du volume d'une mandarine, dure, tendue, de coloration bleu-noirâtre foncé. Bien que cette hernie n'ait jamais été complètement réductible, la malade affirmait ne pouvoir la faire rentrer depuis deux jours, origine des accidents qui l'amènèrent à l'hôpital. Devant l'intensité des symptômes, le diagnostic de hernie ombilicale étranglée fut porté, et la cure radicale fut décidée immédiatement à 10 heures du soir. Sur la fin de l'opération, jaillit soudain de la partie inférieure de l'abdomen, un flot de sang noirâtre, poisseux, qui donna de suite l'idée d'une rupture de grossesse tubaire. La trompe gauche laissait bien, en effet, jaillir un jet de sang veineux gros comme le petit doigt. Après l'ablation de la trompe malade et l'hémostase assurée, on fit un mickulicz. Quatre jours après la malade était emportée par de la septicémie péritonéale, due certainement à la dé-

fectuosité antiseptique du service à cette heure tardive.

L'autopsie démontra que l'hémorragie avait été complètement arrêtée ; le péritoine était le siège d'une inflammation aiguë généralisée. Mais ce qui ressort surtout des constatations, c'est la rupture d'une grossesse extra-utérine de 3 semaines environ, qui avait déterminé une inondation formidable, dans laquelle était noyé l'œuf, gros comme une petite noisette. Il est certain que la hernie existait bien, mais l'étranglement n'était que secondaire à la distension intestinale considérable consécutive à l'énorme hémorragie.

A côté des cas aigus que nous avons relevés, il existe des compressions chroniques dues à des épanchements de sang successifs.

Les faits qui suivent viennent l'attester (obs. VI).

Nous avons affaire à une hématocele chronique présentant des épanchements sanguins répétés, qui anéantissent fortement la malade et provoquent à différentes reprises par la masse des caillots une compression de plus en plus marquée des uretères et de l'intestin. L'anémie considérable et l'anurie deviennent prépondérantes dans le tableau symptomatique et la malade est emportée dans une crise d'urémie. On a pu constater durant son séjour à l'hôpital, une constipation opiniâtre interrompue parfois par des débâcles.

A l'autopsie on voit les anses intestinales refoulées par les caillots jusque dans la région sus-ombilicale. Elles sont, en outre, agglutinées par de nombreuses adhérences fibrineuses provenant d'une poussée de péritonite. Quant aux phénomènes de compression chroni-

que tant sur l'intestin que sur les uretères, ils se sont produits par l'accroissement successif du caillot, chaque fois qu'une nouvelle inondation se manifestait. L'examen macroscopique de la tumeur la montre d'ailleurs formée de plusieurs couches stratifiées d'autant plus organisées qu'on se rapproche de sa superficie.

Nous sommes convaincu que ce mécanisme d'occlusion par compression massive est plus fréquent que ne le laisse supposer le petit nombre d'observations publiées à ce sujet.

§ III.

En abordant notre troisième mode d'occlusion intestinale dans l'hématocèle intrapéritonéale, par formation de brides cicatricielles, nous ferons remarquer que la perte de sang ne joue pas un rôle prépondérant. Aussi, dans les trois observations que nous avons pu recueillir à ce sujet nous notons l'absence d'anémie grave que nous avons constatée dans les cas précédents. Ici les symptômes d'occlusion intestinale dominent la scène et ils apparaissent plus ou moins longtemps après la rupture du kyste fœtal.

Il faut, pour cela, que des néo-membranes s'organisent, enserrant le tube digestif ou bien, le maintenant fixe, paralysent complètement son fonctionnement physiologique : comment donc expliquer ces néo-formations cicatricielles ?

On sait, depuis les expériences de Rousseau, Le Blanc, Vulpian, que lorsqu'elle n'est pas en trop grande quantité, la présence du sang dans la cavité abdominale est d'une remarquable innocuité pour un péritoine sain.

Mais nous avons affaire à une hématocele, par conséquent à une affection qui dit épanchement de sang toujours considérable. Lorsque la résorption n'a pu s'opérer, les organes sont refoulés, irrités. L'exsudat fibrineux qui découle de la formation des caillots tapisse les parois, comble les anfractuosités. Des cellules jeunes de néo-formation prolifèrent dans ces coaptations ; la diapédèse accumule les leucocytes. On se trouve déjà en présence d'un tissu embryonnaire abondant. Les néo-membranes s'organisent. Les brides et les fausses membranes, issues de cette péritonite irritative, établissent, sur divers points de l'intestin, des adhérences vicieuses point de départ plus ou moins éloigné des accidents de l'occlusion intestinale.

C'est bien ce qui se produit dans les 2 observations que nous allons examiner.

Dans l'observation publiée par M. Magnin, alors interne de M. Chavanne, nous avons affaire à une occlusion intestinale qui s'établit progressivement et se termine par la mort avec des phénomènes aigus. La malade accusait depuis longtemps des troubles de la menstruation et de vives douleurs dans la région pelvienne. Depuis deux mois les règles étaient supprimées. On constatait du météorisme abdominal, des contractions vermiculaires de l'intestin, de la constipation, des vomissements fécaloïdes, en un mot des signes d'obstruction intestinale. Apyrexie complète. L'utérus avait perdu sa mobilité et dans le cul-de-sac vaginal gauche on percevait un plan résistant. M. Chavanne porta le diagnostic d'hématocele rétro-utérine ayant déterminé des brides cicatricielles

étranglant le gros intestin, la thérapeutique médicale appropriée ayant échoué.

L'autopsie confirma en tous points le diagnostic. Des brides cicatricielles étranglaient le rectum à 15 centimètres au-dessus de l'anus et l'on constatait immédiatement au-dessus de la bride une perforation récente.

Nous trouvons un cas à peu près analogue dans l'observation suivante. Ici, une intervention permit de sauver la vie de la malade. C'est une hématocele datant de plus d'un mois. Tout à coup impossibilité pour la malade d'émettre des gaz ou des matières, nausées, vomissements bilieux, fécaloïdes, pouls petit, filant. On intervient et l'on trouve des anses intestinales agglutinées entre elles ; en essayant de les dérouler, on met à jour une poche sanguine contenant plus de 500 grammes de liquide hématique semblable à du raisiné. Les accidents disparaissent après l'opération ; tout rentre dans l'ordre.

Nous apporterons enfin, comme derniers faits de cette étude pathogénique, l'observation publiée récemment par Carle, d'un cas qui s'est produit dans la clinique de M. le professeur Poncet.

Le début de l'affection fut évidemment une grossesse extra-utérine tubaire, vieille de deux mois environ, lorsque la malade se présenta à l'hôpital. L'arrêt des époques, les douleurs lombaires, les signes de probabilité de grossesse réduits au minimum s'accordent dans ce sens. A ce moment déjà, il semblait avéré que l'épanchement sanguin avait commencé à se faire dans le péritoine. Il est certain que le curetage a été la cause

déterminante principale de la rupture complète du kyste fœtal, mais ce kyste était déjà lésé, du sang s'en était déjà échappé. Tout le prouve dans l'histoire de la malade : et d'abord les habitudes qu'elle avait conservées jusqu'à son entrée à l'hôpital, et, malgré l'arrêt des époques, des exercices fatigants, la bicyclette par exemple, des lavages froids et des rapports sexuels quotidiens — tout autant de causes suffisantes à expliquer une première lésion — et puis les métrorragies qu'elle présentait à son entrée.

Il fut constaté, pendant l'opération que fit M. le professeur agrégé Bérard, que l'aspect de la cavité hémato-célique assez bien délimitée, cloisonnée, à parois fibreuses, constituée par les adhérences avec les organes voisins, était absolument en faveur d'une formation lente, donnant au péritoine le temps de réagir et non d'une brusque effusion sanguine dans une séreuse saine.

Nous ne saurions trop insister sur le fait de la constitution de l'hématocèle et de la formation de la poche. Nous tenons à établir que l'obstruction est bien due à la lente inclusion, dans la paroi, des anses intestinales et non à la compression par des caillots sanguins rapidement coagulés.

L'action du curetage ne doit pas avoir été étrangère à ces phénomènes aigus, soit en déterminant une irruption sanguine plus abondante à un certain moment, soit en provoquant des phénomènes inflammatoires dans les adhérences péritonéales en formation.

C'est d'ailleurs un fait généralement observé, que cette action des poussées inflammatoires nouvelles

sur les phénomènes d'occlusion. Michaux, dans son article du *Traité de chirurgie*, est d'avis que les seules adhérences suffisent fort rarement à expliquer l'occlusion. Dans la grosse majorité des cas, dit-il, c'est une poussée de péritonite surajoutée qui occasionne l'arrêt des matières. C'est ce qui a dû se passer chez cette malade. L'ensemble symptomatique consécutivement observé, ballonnement abdominal, douleurs, vomissements, constipation, est l'expression de l'occlusion de plus en plus marquée des anses intestinales.

Par suite de l'évacuation que l'on avait faite de l'hématocèle, ces phénomènes s'étaient un instant interrompus mais, une quinzaine de jours après, ils reprenaient avec plus d'intensité et déterminaient la dernière intervention et la mort.

CHAPITRE III.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

L'occlusion intestinale peut prendre une allure aiguë ou subaiguë selon chaque cas particulier, et l'étude de nos diverses observations montre que dans chacun des trois modes pathogéniques que nous avons relevés, il peut y avoir aussi bien des symptômes d'étranglement aigu que chronique. Aussi est-il difficile de tracer un tableau symptomatique net de cette complication de l'hématocèle. De plus, les symptômes dus à la douleur, les signes de l'hémorragie interne (hypothermie, refroidissement, syncopes) et la formation d'une tumeur pelvienne, viennent masquer les symptômes intestinaux. Il ne faut pas oublier non plus, que sous l'influence de l'épanchement sanguin, il se produit un shock péritonéal intense, amenant des réflexes intestinaux et gastriques, qui peuvent en imposer pour de

l'occlusion intestinale vraie, alors qu'en réalité ce ne sont que de simples phénomènes d'inhibition, disparaissant rapidement.

D'autres fois, l'hématocèle sera ignorée ou semblera guérie depuis longtemps, lorsque survient brusquement une occlusion intestinale, qui emportera la malade et souvent l'autopsie viendra seule permettre de faire un diagnostic précis. C'est pourquoi il faudra bien avoir présente à l'esprit cette notion, que l'hématocèle peut produire l'obstruction du tube intestinal, soit immédiatement, par compression massive de l'intestin, soit tardivement, par la compression sur les anses intestinales d'un fœtus, parfois complètement transformé en lithopédion.

D'autre part, l'hématocèle est souvent accompagnée de péritonite légère, le plus souvent de nature irritative, qui provoquera, petit à petit, la formation d'adhérences et de brides péritonéales, capables d'agglutiner les anses intestinales jusqu'à produire l'étranglement. Mais les phénomènes d'obstruction ont une allure subaiguë, et la péritonite concomitante la masquera le plus souvent. L'on n'aura, en effet, que de la constipation comme signe probant. Les autres symptômes, coliques, vomissements irréguliers, ballonnement de la cavité abdominale, ne pourront guère la différencier, car ils sont communs aux affections, tout au moins au début.

Comme nous le voyons, le diagnostic d'occlusion est difficile à poser dans bien des cas et il faudra un examen soigneux et méthodique pour l'établir.

Parfois, dans une *hématocèle avérée*, viennent s'ajouter du ballonnement du ventre, du météorisme, des nausées suivies de vomissements, de la constipation opiniâtre, un facies grippé, abdominal. On se demande à quoi sont dus ces signes surajoutés. Est-ce de la simple parésie, de la péritonite, ou bien enfin de l'occlusion intestinale ?

Dans la *parésie* qui survient dans un très grand nombre de cas et qui, le plus souvent, est consécutive au shock péritonéal, l'on aura des phénomènes passagers, qui céderont promptement aux divers traitements médicaux.

Les vomissements ne seront jamais intenses, et presque toujours simplement alimentaires. La constipation ne sera pas absolue et la malade émettra des gaz. Il ne faut, toutefois, pas oublier que chez certaines prédisposées, la parésie pourra durer quelques jours, mais alors les accidents n'augmentent pas d'intensité.

La *péritonite* est accompagnée de température. Ce symptôme aura une grande valeur diagnostique, car on sait que les autres signes sont à peu près identiques. Cependant, dans la péritonite, les vomissements deviennent porracés, alors que dans l'occlusion ils sont franchement fécaloïdes. Le météorisme est rare dans l'inflammation de la séreuse, il est fréquent, au contraire, lors d'obstruction et l'on voit se dessiner sur la paroi abdominale les anses intestinales. Le hoquet précoce et la petitesse du pouls seront encore en faveur de la péritonite.

Lorsque les phénomènes d'occlusion intestinale sont prépondérants, c'est par l'étude minutieuse de l'histoire de la malade, par l'examen de l'utérus et des annexes que l'on arrivera à poser le diagnostic.

On éliminera rapidement les *hernies étranglées* par la recherche méthodique des lieux d'élection. On écartera l'idée des rétrécissements néoplasiques et syphilitiques du rectum par le toucher rectal et les antécédents.

Les *rétrécissements cicatriciels* seront plus difficiles à rejeter, mais cependant le toucher attentif et la notion de blessures antérieures, feront reconnaître à quelle lésion on a affaire.

Le diagnostic deviendra plus hésitant, quand il y aura une *tumeur* de la cavité abdominale.

Le siège, la consistance, les différents symptômes cliniques de cette *tumeur* permettront d'éliminer les néoplasmes du rein, du foie, de la rate, du pancréas.

L'*appendicite* peut provoquer de l'occlusion intestinale. La triade symptomatique : l'hyperesthésie cutanée, la défense des muscles abdominaux, l'empâtement localisé dans la fosse iliaque droite, lèveront les doutes, tout au moins dans les cas typiques. Lorsqu'on aura un appendice plongeant dans le petit bassin, les signes habituels seront modifiés. Le toucher, par les voies vaginale et rectale, donne alors la sensation d'une tumeur rénitente dans le petit bassin. La température et les anamnestiques seuls mettront sur la voie du diagnostic.

On songera également à la possibilité d'un *cancer* de l'intestin et du péritoine, les symptômes cliniques

seront analogues à ceux du cas qui nous occupe. La différenciation se fera par les antécédents, par le méloëna et par l'aspect cachectique de la malade.

L'obstruction peut encore reconnaître pour cause des *fibromes utérins*. Le toucher vaginal montrera l'utérus très élevé, mais l'on ne sentira pas d'empâtement dans les culs-de-sac, alors que dans l'hématocèle l'utérus sera en place normale et comme enclavé dans une masse rigide. Les pertes de sang peuvent être très abondantes dans les deux cas, mais dans le fibrome, elles surviendront le plus souvent au moment des règles, tandis que, dans l'autre cas, elles sont susceptibles de se produire à toutes les périodes. De plus, on aura souvent le rejet d'une caduque. Enfin, les phénomènes généraux dus à l'hémorragie interne, la douleur brusque, indice de la rupture du kyste foetal, imposeront le diagnostic.

Dans le *cancer* de l'utérus, les lochies fétides, les caractères du col qui est mou et friable, ne laissent pas hésiter.

L'*utérus gravide en rétroflexion* amène souvent de l'occlusion intestinale par compression du rectum contre le sacrum ; mais ici les signes de grossesse normale, le toucher vaginal décelant le projet en avant du col et l'intégrité des culs-de-sac, l'absence de symptômes propres de l'hématocèle, signes d'hémorragie interne et métrorragies font faire le diagnostic que complètera du reste le toucher rectal.

Les tumeurs des annexes, *kystes et néoplasmes* de l'ovaire, du ligament large présentent des signes propres ; elles ne provoqueront l'arrêt mécanique des matières que lorsqu'elles auront atteint un développe-

ment considérable. Par le palper abdominal ou le toucher, on reconnaîtra leur nature. Dans l'hématocèle, nous aurons les signes de la grossesse extra-utérine préexistante, la notion très nettement perçue par la malade de la rupture du kyste, enfin les signes d'hémorragie interne.

Plus difficile est le diagnostic avec la *salpingite*. Lorsqu'on aura affaire à une inflammation aiguë, très douloureuse, donnant une température élevée, le cas sera simple; mais dans le cas de salpingite chronique, avec peu de réaction, donnant naissance à des poches de liquide séro-purulent, à de l'empâtement des culs-de-sac utérins, les signes physiques seront les mêmes, et ce ne sera guère encore que les signes d'hémorragie, de prostration et la douleur vive perçue par la malade qui plaideront en faveur de l'hématocèle. D'ailleurs, on sait que parfois cette affection peut n'être qu'une complication de la salpingite chronique.

Nous avons vu au cours de l'énumération des tumeurs qui pouvaient occasionner des accidents de compression intestinale que si le diagnostic en est parfois difficile, elles présentaient, toutes, des symptômes qui leur sont propres. La grossesse tubaire, alors qu'elle est récente, et qu'aucune rupture ne s'est faite, est presque toujours impossible à révéler. M. le professeur agrégé Jaboulay attache une grande importance à un signe qui n'a pas encore été décrit et que nous trouvons dans l'observation IV.

Sans vouloir sortir du cadre que nous nous sommes tracé, nous pensons qu'il est utile d'étudier ce symptôme qui trouve sa place ici, puisqu'aujourd'hui on

est convenu d'assigner à la rupture des grossesses extra-utérines la production des hématoécèles.

Le toucher vaginal pratiqué chez la malade de notre sixième observation montre que la moitié gauche du col de l'utérus est allongé comme si ce dernier avait été sectionné verticalement, ou que la section gauche se soit développée exclusivement. Remarquons de plus qu'il saignait légèrement. C'est à l'embryologie que nous demanderons l'explication de ce phénomène.

On sait, en effet, que, tandis que le canal de Wolff s'atrophie chez la femelle, le canal de Müller persiste, sa partie moyenne forme la trompe, sa partie inférieure l'utérus et le vagin. Il existe donc deux canaux de Müller, un pour chaque côté, qui viennent se placer sur la ligne médiane et sont réunis l'un à l'autre par une masse conjonctive épaisse formant ce qu'on appelle le *cordon génital*. Ces deux conduits se soudent l'un à l'autre dans la partie moyenne de leur segment terminal ; si on les suit, en commençant par en bas, on voit qu'ils sont tout d'abord séparés et distincts ; plus haut ils se confondent pour de nouveau se séparer. Enfin, leur soudure s'achève dans leur portion terminale et ils sont confondus dans toute leur partie inférieure qui forme l'utérus et le vagin. Ils engendrent donc toutes les voies génitales chez la femme.

Les cas ne sont pas rares où cette confusion des deux canaux de Müller ne s'est pas opérée. Les cols et les vagins bifides ne reconnaissent pas d'autre origine. On peut aussi bien admettre que chaque moitié de l'utérus se nourrissant par des vaisseaux propres, ne s'abouchant nullement à ceux du côté op-

posé se développe, pour son propre compte, lorsqu'elle devient gravide par la greffe d'un ovule fécondé dans la trompe correspondante. L'organe ne participant plus en entier au développement, on s'explique pourquoi on trouve le côté du col correspondant plus allongé. Il est certain que c'est ce qui s'est passé dans le cas que nous mentionnons. Les soupçons de M. Jaboulay ont été confirmés par l'existence d'une grossesse tubaire gauche. Mais ce cas est trop particulier pour que nous osions l'admettre en thèse générale. La malade présentait-elle une séparation persistante de ses canaux de Müller? Dans toutes les grossesses extra-utérines retrouve-t-on ce signe?

On voit quelle importance peut prendre cette constatation. Nous attendrions, pour nous prononcer, d'autres cas.

Il nous reste maintenant à diagnostiquer le processus pathogénique amenant l'occlusion intestinale.

La *compression massive de l'intestin par un gros épanchement* se reconnaîtra aisément. Ici, pas de température. Les signes d'hémorragie interne sont des plus évidents, lipothimies, état syncopal, pouls petit, pâleur extrême, affaiblissement considérable. L'examen de l'abdomen montre un empâtement considérable de la cavité pelvienne. Le toucher révèle la réplétion des culs-de-sac postérieur ou latéraux du vagin. Le plus souvent les phénomènes d'occlusion apparaissent rapidement et avec une grande intensité.

Dans les cas de compression lente on suivra avec attention la marche de la maladie : les phénomènes d'obstruction chronique, avec des débâcles diarrhéiques, correspondront à des hémorragies successives

jusqu'au moment où l'occlusion devenant complète apparaîtra nettement avec tout le cortège de ses symptômes.

Lorsque l'intestin est comprimé par un *lithopédion*, il faudra compter sur les antécédents qui pourront mettre sur la voie du diagnostic, et, lorsqu'ils manqueront, ce ne sera guère que par la laparotomie que l'on pourra connaître la cause première des accidents. Le plus souvent, en effet, la tumeur sera comme enchassée dans les masses intestinales, ou bien solidement fixée au fond du petit bassin: de telle sorte qu'il est impossible de se rendre compte de sa nature.

Dans les cas, enfin, d'*occlusion par adhérences péritonéales*, le diagnostic repose sur la notion d'une hématoçèle relativement récente.

Nous avons là le type de ces hématoçèles à marche insidieuse, subaiguë, dans lesquelles interviennent toujours des poussées de péritonite plus ou moins marquée. La fièvre n'est jamais très élevée, mais l'état général reste mauvais, les coliques deviennent permanentes avec exacerbation passagère. Cependant, l'évolution lente de l'affection ne laisse pas supposer un état grave, à pronostic sombre. Ce n'est que lorsque les phénomènes d'occlusion acquièrent une intensité sérieuse, que le ballonnement du ventre, les contractions vermiculaires de l'intestin, les vomissements fécaloïdes, enfin l'arrêt complet des matières et des gaz ont fait leur apparition, que d'autre part le traitement médical a échoué, ce n'est qu'alors seulement que le diagnostic s'imposera. Les observations prouvent surabondamment que si l'on n'intervient pas, la malade succombe infailliblement.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT.

Il est des cas où le traitement s'impose. Lorsqu'une malade arrive à l'hôpital avec un ensemble de symptômes caractéristiques de l'occlusion intestinale, que son état général est inquiétant, que l'examen local dénote une tuméfaction prononcée dans le cul-de-sac postérieur, le tout consécutif à des signes de probabilité de grossesse tubaire, on peut faire le diagnostic d'où découle la nécessité d'une laparotomie immédiate destinée à libérer l'intestin. Tel le cas de M. Jaboulay. D'autres fois, la malade arrive dans un état tel que l'interrogatoire est difficile, et l'examen douloureux. Cependant les symptômes sont graves, les vomissements persistent, le ventre météorisé, le pouls petit; le traitement immédiat et radical s'impose encore, comme l'a fait M. Tixier, en pareil cas. Nous n'insis-

tons pas davantage sur les obstructions dues à des lithopédions, surprises opératoires pour lesquelles il n'est pas possible de poser des règles.

La discussion thérapeutique devient bien plus intéressante pour les obstructions partielles dues à la présence de brides cicatricielles, car tous les degrés peuvent s'observer — depuis les légères pesanteurs abdominales jusqu'aux coliques violentes, depuis la petite grosseur bien localisée jusqu'à la tumeur volumineuse — tous ces symptômes peuvent faire hésiter sur la thérapeutique à suivre, suivant leur persistance et leur intensité. Ce qu'il faudrait pouvoir établir avant toute intervention, c'est l'existence des adhérences englobant les anses intestinales ou les comprimant plus ou moins. Et là aussi est le point difficile. Car il est bien évident qu'on est très tenté, dans des cas analogues, de mettre sur le compte de l'hématocèle elle-même les phénomènes douloureux et de semi-occlusions qui pourraient mettre sur la voie. De là à décider l'intervention par le vagin, il n'y a qu'un pas. Aussi, en parcourant les observations, voyons-nous que, sauf urgence ou erreur de diagnostic, l'ouverture de l'abdomen n'a pas été pratiquée. Et cependant ce serait l'opération de choix, dans ces cas où, rien ne venant forcer la main du chirurgien, il soupçonne cependant la présence de quelques anses intestinales plus ou moins englobées dans la paroi. Il est aisé de comprendre combien l'opération est plus facile avec une laparotomie large, permettant d'évacuer tout le contenu de la poche hématocélique, de détruire complètement les adhérences de la paroi, de suivre méthodiquement et avec pru-

dence les anses iléales qui pourraient être engagées. C'est ce qu'a fait Prengrueber, croyant avoir affaire à un kyste, et avec succès. Aussi, propose-t-il cette méthode opératoire pour tous les cas analogues. Notons en passant que Prengrueber recommande de refermer le ventre après l'opération, comme on le faisait à cette époque pour toutes les laparotomies exploratrices. Il est aujourd'hui une vérité souvent enseignée par M. le professeur Poncet, et admise par la plupart des opérateurs, qu'il ne faut jamais refermer. Un bon drainage, mode Mickulicz, terminera bien mieux l'opération et permettra de surveiller les suites à *ciel ouvert*.

Cette restriction faite, nous partageons absolument les idées de Prengrueber au sujet du traitement de ces hématoécèles et nous croyons qu'on peut les appliquer dans deux ordres de faits.

Ou bien on est en présence d'une hématoécèle diagnostiquée, dont le début a été plus ou moins violent; puis, les phénomènes généraux se sont calmés, la tumeur rétro-utérine ou péri-utérine s'est organisée et il ne reste comme troubles fonctionnels que quelques phénomènes intestinaux peu à peu plus nets, tels que pesanteur du bas-ventre, avec des périodes de coliques plus ou moins violentes, constipation persistante, ballonnement passager, vomissements de temps à autre. Si leur augmentation est régulière, s'ils résistent aux médications calmantes ou laxatives qui seront évidemment essayées, si surtout des phénomènes plus aigus se montrent tout à coup, il est bien certain que leur persistance ou leur croissance indique bien une gêne

quelconque dans le tube intestinal, et que cette gêne a très probablement pour cause le processus d'engainement qui s'opère autour d'une ou plusieurs de ses anses.

Ou bien encore, et dans ce cas l'indication est encore plus nette, on a affaire à une hématoecèle ponctionnée ou ouverte par le vagin chez laquelle persiste un mauvais état général, des douleurs abdominales et une constipation marquée, — phénomènes qui généralement vont s'accroissant assez vite à la suite de l'intervention vaginale, comme dans le cas de M. Bérard, — et prennent rapidement l'allure d'une occlusion aiguë.

Dans ces deux cas, comme nous l'avons déjà dit, nous croyons que le plus sûr est de recourir à la laparotomie, d'emblée dans le premier cas, secondaire dans le second ; — d'ailleurs on risque fort peu, — la laparotomie n'est pas plus dangereuse qu'une opération par le vagin. En supposant l'irruption d'une certaine quantité de liquide dans la cavité abdominale, accident toujours possible, ce péritoine habitué à la résistance n'en souffrira pas, et la malade pourra s'en tirer avec un ictère hémaphéïque, ce qui arriva à Prengrüeber en pareil cas.

Un accident plus grave, parce qu'il est difficile à prévoir et à traiter, c'est la solidité trop grande des adhérences et l'impossibilité où peut se trouver le chirurgien de les séparer des anses intestinales. — C'est dans ce cas qu'il faut se contenter de l'ouverture par le vagin et de quelques purgatifs qui pourront, peut-être à la longue, mobiliser un peu les attaches intestinales.

CHAPITRE V.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

(In *Arch. de Tocologie*, 1882.)

*Grossesse extra-utérine. — Hématocèle. — Occlusion intestinale.
Anurie. — Mort. — Autopsie.*— (M. CHEVALIER, 1882.)

Le 16 novembre 1882, à 7 heures du soir, la femme X,..., âgée de 33 ans, est apportée à l'hospice de la Charité, salle Sainte-Marie, n° 12.

La femme a joui jusque là d'une santé excellente. Régulée à 14 ans, la menstruation a toujours été très régulière.

Une grossesse, il y a 10 ans. Accouchement normal.

Suppression des règles depuis quatre mois, quelques semaines plus tard, vomissements, tuméfactions des seins.

Il y a quinze jours, réapparition d'un léger écoulement sanguin par la vulve, coïncidant avec une diminution notable des seins.

A son entrée à l'hôpital, on constate les signes suivants :

Ballonnement du ventre, arrêt des gaz et des matières depuis huit jours. Depuis deux jours seulement, coliques, nausées, vomissements alimentaires et glaireux.

Par le toucher vaginal et surtout par le toucher rectal, on constate la présence d'une tumeur volumineuse, incluse dans la cavité pelvienne. Cette tumeur est immobile, lisse, uniforme, résistante et donne au doigt la sensation d'une poche kystique fortement tendue.

Le col est un peu mou, légèrement entrouvert, mais ne présente rien de caractéristique. L'exploration abdominale est rendue très difficile par la distension exagérée de la paroi sous laquelle on voit se dessiner les anses intestinales. Une sonde métallique introduite dans la vessie ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine.

Cathétérisme rectal à l'aide d'une sonde œsophagienne, de moyen calibre ; l'introduction en est douloureuse, difficile et très incomplète. Un litre d'eau tiède, injectée par la sonde, ressort immédiatement sans entraîner de matières.

17 novembre. — *Même état.* — Administration de 3 gouttes d'huile de croton dans un julep gommeux. Deux heures plus tard vomissements bilieux et abondants.

Dans la soirée un lavement purgatif, contenant 50 grammes de sulfate de soude et 60 grammes de miel de mercuriale, est porté aussi haut que possible dans le rectum à l'aide d'une sonde œsophagienne ; insuccès. Les vomissements porracés persistent, dès 4 heures du soir ils exhalent une odeur fécaloïde.

18 novembre. — La malade a passé une bien mauvaise nuit. On se décide à intervenir. Ponction de la tumeur au niveau du cul-de-sac postérieur à l'aide d'un trocart droit : issue d'abord de sérosité pure (100 grammes environ), suivie de sang pur, mélangé de petits caillots noirâtres. Cette évacuation ne modifie pas sensiblement le volume de la tumeur qui était remplie de caillots ainsi que l'autopsie va nous l'apprendre.

A l'hystéromètre, l'utérus donne 13 centimètres. Cet organe est refoulé en avant et à droite.

En présence de tous ces signes : suppression des règles, tuméfaction des seins, hypertrophie de l'utérus, M. Laroyenne n'hésite pas à porter le diagnostic de grossesse extra-utérine. Bien plus, il pense que la réapparition de l'écoulement menstruel, il y a quinze jours, et la diminution des seins à ce moment, doivent faire songer à la mort du fœtus.

En auscultant soigneusement la région hypogastrique, on entend des battements au niveau de la fosse iliaque droite ; mais ces derniers sont isochrones au pouls, qui est lui-même très rapide, 140.

A l'aide d'une grosse sonde rectale, on injecte un siphon d'eau de seltz : insuccès.

Le soir, le ballonnement du ventre est extrême, les vomissements fécalcides persistent, la dyspnée s'accroît, l'asphyxie devient progressive.

Administration de 3 gouttes d'huile de croton dans un pruneau.

On atténue les vomissements à l'aide de petits fragments de glace.

Dans la nuit, l'état général s'aggrave et la malade succombe le 19 novembre à une heure du matin, avec tous les signes du choléra herniaire. Cyano-se, sueurs visqueuses, refroidissement des extrémités.

L'autopsie est faite 33 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une poche kystique, d'un reflet noirâtre, adhérente au gros intestin et à la cavité pelvienne.

La masse morbide occupe tout le cul-de-sac utéro-rectal et empiète un peu sur la fosse iliaque droite. La paroi de ce kyste est épaisse, stratifiée, 8 à 10 millimètres environ. La main, introduite dans l'intérieur, pénètre à travers de nombreux caillots jusqu'au fond du cul-de-sac utéro-rectal, d'où

on retire un fœtus de 3 mois environ. Il présente une longueur de 15 centimètres $1/2$ et un poids de 125 grammes. Il n'est pas macéré. Le rectum est aplati contre la cavité du sacrum et l'S iliaque est bourrée de matières fécales.

OBSERVATION II.

Communiquée à la Société obstétricale de Berlin,
par M. PLETZER, 1867.

Grossesse extra-utérine. — Hématocèle. — Occlusion intestinale par lithopédion. — Mort. — Autopsie.

M^{me} M..., 40 ans, de tempérament délicat, avait eue deux grossesses antérieures normales, l'une il y a treize ans, l'autre il y a onze ans.

Depuis elle n'a jamais eu d'enfant. Réglée régulièrement, règles même profuses ; pertes blanches pour ainsi dire continuelles, arrêtées cependant pendant quelque temps par des injections.

En juillet 1865, la malade commença à constater une irrégularité presque constante de ses époques : en l'espace de 15 jours, elles apparurent trois fois. Puis elles s'arrêtèrent pendant un temps assez long. On émit l'idée d'une grossesse mais devant l'absence de tout symptôme rationnel, il fallut abandonner cette hypothèse. Soudain au 31 juillet pendant qu'elle avait ses règles, elle éprouva, du côté du bas-ventre de véritables crises douloureuses accompagnées de vomissements. On mit ses accidents sur le compte d'un écart de régime, ils disparurent et s'amendèrent aussi rapidement qu'ils étaient apparus. Trois jours après, nouvelle crise douloureuse. Un médecin fut appelé et constata que la malade présentait tous les symptômes, et principalement le facies, d'une

femme faisant de la péritonite. Les douleurs abdominales s'accrurent bientôt jusqu'à devenir continuelles, des vomissements porracés apparurent, tout l'abdomen était d'une sensibilité extraordinaire, surtout dans la fosse iliaque droite. Avec tout cela, peu de fièvre et un collapsus profond. On fit un examen local très soigné et l'on remarqua une hyperesthésie encore plus grande de tout l'abdomen : il n'y avait pas, non plus, trace de hernie.

La sensibilité semblait exagérée plutôt du côté des organes génitaux, des ovaires et l'on fit le toucher vaginal.

Rien de bien précis ne fut relevé par cette recherche. On posa alors le diagnostic probable d'inflammation de la région ovarienne.

Quelque temps après survint une deuxième crise douloureuse. Sitôt après, la fièvre tomba de nouveau, l'appétit revint également.

L'état général était bon, on notait cependant toujours cette sensation de résistance que l'on rencontrait dans un endroit bien défini. On força la malade à garder le lit et quelques injections de morphine et des potions opiacées furent seules ordonnées contre les douleurs. Elle resta 3 ou 4 semaines dans un état plutôt s'améliorant petit à petit. La douleur de la fosse iliaque s'était amendée ; toutes les fonctions organiques semblaient revenir à la normale, excellent état général. Quinze jours après la deuxième crise douloureuse, les règles avaient réapparu et même quelques pertes blanches comme avant l'accès. La malade quitta le lit, redemanda elle-même un régime plus substantiel et paraissait entrer en pleine convalescence.

Soudain, au cours de très légères pertes rouges, éclate une nouvelle crise avec vomissements. La malade localisait très bien son point douloureux au-dessus de la symphyse pubienne sur la ligne médiane. En cherchant de nouveau et en palpant

bien l'endroit indiqué comme douloureux, on finit par reconnaître une masse dure, mal circonscrite quoique de volume peu considérable. On avait dû la prendre pour un « exsudat », l'exploration par les voies vaginale et rectale n'ayant pas permis de relever aucune anomalie ou modification du volume de l'utérus.

Les semaines suivantes, de nouveaux et fréquents accès obligèrent à faire de nouvelles injections sous-cutanées de morphine. Comme dans les atteintes précédentes, un mieux sensible se produisit quoique cette fois la malade, par son inappétence, eut fortement maigri et que les forces fussent loin d'être dans un état satisfaisant.

La tumeur cependant croissait toujours ; elle se développait principalement à gauche et en haut, présentant toujours une certaine dureté et ne pouvant pas toujours se délimiter. Elle comprimait de plus l'utérus en le refoulant vers le sacrum et la pression produite ainsi sur le rectum avait provoqué une constipation opiniâtre. Elle descendit dans le petit bassin dont elle occupait toute la moitié gauche. La portion vaginale du col quitta la ligne médiane pour s'incliner à droite. Quant au caractère ou à la nature de la tumeur, l'examen par voie vaginale ou rectale ne put procurer aucune nouvelle indication. Toutefois on reconnut ce fait : l'ovaire droit qui, à première vue, semblait avoir été le point de départ des phénomènes inflammatoires était absolument sain. A la suite de cet examen on s'occupe, de plus en plus, de l'ovaire gauche. On fit toutes les hypothèses possibles sur la nature de cette affection, sur son étiologie surtout, et enfin l'on vint à penser peut-être à une grossesse extra-utérine, tubaire, interstitielle ou abdominale.

Pendant plusieurs semaines, même état, puis les seins parurent se gonfler : le diagnostic de grossesse extra-utérine semblait donc de plus en plus vraisemblable, lorsque quelques jours après on put acquérir la certitude qu'on était bien dans le diagnostic.

En effet, au lieu et place de la tumeur, à travers la paroi abdominale relativement mince de cette malade, on put sentir les différentes parties du fœtus. La tête se trouvait en haut et s'élevait jusqu'au rebord inférieur des fausses côtes, le dos appuyé contre la paroi ventrale de la mère, les bras mobiles dans la paroi supérieure. La malade interrogée dans ce sens avait cru, en effet, avoir senti vers la fin du mois de novembre quelques légers mouvements du fœtus.

Un nouvel examen postérieur, malgré une recherche très attentive, ne permit pas de découvrir et d'entendre les bruits du cœur fœtal : malgré l'absence de ce symptôme, on ne pouvait modifier le diagnostic.

Vers le mois de novembre, la première moitié de la grossesse devait être passée et l'on plaçait au mois de juillet le moment de la conception, ce qui coïncidait d'ailleurs avec les irrégularités des périodes menstruelles. Peu à peu, les crises douloureuses s'étaient atténuées. L'état général se relevait. On suivit avec attention le cours de cette grossesse et l'on s'attendait à voir apparaître les douleurs prématurément.

En effet, au commencement du mois de mars, les douleurs apparurent et après une très légère hémorragie, fut évacuée une masse assez considérable et bien conformée. Après cette expulsion aucun symptôme annonçant la prochaine expulsion du fœtus ne se manifesta. Au contraire on nota une amélioration sensible de l'état général. Les forces revenaient, les fonctions organiques s'étaient rétablies, augmentation de poids. En avril, la malade put quitter le lit, et faire quelques promenades au grand air.

De semaine en semaine le volume du bas ventre diminuait, le volume du fœtus également. On s'attendait à la formation du lithopédion.

Soudain, en septembre 1866, après trois jours de constipation opiniâtre, ce que l'on n'avait plus remarqué depuis fort

longtemps, on lui administra une médication appropriée (lavement, huile de ricin). Une nouvelle crise douloureuse, pareille aux précédentes, se déclara alors. Vomissements, hyperesthésie de l'abdomen à gauche. Puis, subitement, l'état s'aggrave en quelques heures ; elle tombe dans le coma et, quarante-huit heures après, la mort survenait avec toutes les apparences d'une mort par étranglement.

Autopsie. — A l'ouverture de la paroi abdominale, la seule qui fût autorisée, l'on se trouve en présence d'un exsudat séro-sanguinolent de quantité relativement peu considérable. Entre quelques anses intestinales, on remarque des adhérences et des traces d'inflammation récente. Une portion de l'iléon était comprimée entre la tumeur et la paroi abdominale, et au niveau de cet étranglement, à peu de distance du cœcum, on rencontrait une perforation.

Au-dessus, l'intestin était dilaté par les gaz et les matières fécales ; au-dessous, il était au contraire vide et déprimé.

Un fœtus féminin, âgé de six ou sept mois, était tombé dans la paroi abdominale après rupture de la trompe gauche, paraissant comme noyé au milieu des anses intestinales et du péritoine. Ce fœtus était desséché, momifié, de couleur brun sombre, sa transformation en lithopédion se trouvant presque complètement achevée. Le placenta se trouvait au-dessous et en arrière du fœtus, remplissant le côté gauche de la cavité. Aussi n'est-il pas étonnant que, malgré les recherches faites par les voies vaginale et rectale, l'on n'ait pu percevoir distinctement les différentes parties du fœtus.

L'ovaire gauche est situé à proximité de l'utérus en dedans du sac. L'utérus est très pâle, de parois peu augmentées. La longueur de sa cavité mesure environ un pouce à un pouce 1/2. L'ovaire et la trompe droits étaient absolument sains.

OBSERVATION III.

(In *Bulletin de la Société anatomique*, 1883.)

Grossesse extra-utérine remontant à 15 ans, avec hématocele. — Lithopédion amenant des phénomènes d'occlusion intestinale chronique. — Mort par pleurésie purulente avec propagation au péritoine péri-hépatique. — (ETTINGER, 1883.)

Le 11 juin 1883, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, lit 14, la nommée D... Eugénie, vernisseuse, âgée de 35 ans. Cette femme déclare n'avoir jamais été malade. Elle a eu six grossesses et deux fausses couches. La dernière grossesse est arrivée à terme il y a 15 ans environ, mais elle a présenté des difficultés qui ne s'étaient pas produites aux précédentes ; le travail a été fort long et on a dû recourir à une application de forceps. Elle a toujours été réglée régulièrement. Depuis quelques jours, 10 à 12 environ, elle est fatiguée, mal en train. Elle souffre de vomissements fréquents ; ils sont, soit bilieux, soit alimentaires, mais n'ont pas le caractère fécaloïde. L'abdomen est très distendu, peu douloureux à la pression, les anses intestinales se dessinent sous les parois abdominales. Par la palpation, on remarque la présence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur ou plutôt d'un empâtement profond ne se déplaçant pas dans les mouvements de latéralité qu'exécute la malade.

Depuis longtemps les selles sont rares, irrégulières, se présentant sous forme de débâcles. L'état général est grave. Prostration très grande, faiblesse extrême.

La malade ne répond qu'avec difficulté aux questions que nous lui adressons. La langue est sèche. La température de 38°5.

A l'examen des poumons, nous constatons en arrière, une matité étendue, au tiers inférieur, à droite, un souffle très

accusé à ce niveau, une notable diminution des vibrations thoraciques. Les autres viscères semblent normaux. Le toucher vaginal nous révèle un utérus petit, sain, très mobile ; les culs-de-sac sont absolument libres.

En présence de ces différents symptômes, nous pensons avoir affaire à des phénomènes d'obstruction intestinale produits par une ancienne tumeur abdominale, dont il serait difficile de préciser la nature. Peut-être s'agit-il d'une péritonite tuberculeuse ? L'affection pulmonaire serait là le phénomène principal venant rendre la situation très grave. Traitements toniques. Mort 24 heures après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie. — 24 heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, nous sommes tout d'abord frappé de l'existence d'une tumeur beaucoup plus volumineuse que nous ne le supposions pendant la vie, et qui occupe le flanc droit. Cette tumeur est constituée par un fœtus absolument calcifié. Il a pris l'attitude du fœtus de la cavité utérine, les membres repliés sur lui-même, la tête fléchie. Il a les dimensions d'un fœtus de 6 mois et 1/2 environ. Tous les tissus sont infiltrés de sels calcaires et il ne forme plus, dans son ensemble, qu'un bloc dur et très résistant.

Les muscles ont cependant, en quelques endroits, surtout au niveau des cuisses, conservé une certaine souplesse. Ce fœtus est relativement libre dans la cavité abdominale, présente des adhérences à l'épiploon et à quelques anses de l'intestin grêle. L'utérus, les ovaires, les trompes sont absolument libres de toute connexion avec lui. C'est une grossesse purement abdominale.

La plèvre, du côté droit, renferme une certaine quantité de pus, qui provient d'un foyer purulent péri-hépatique vidé dans la cavité pleurale ; la perforation du diaphragme est manifeste. Quant au foyer péri-hépatique, il englobe le foie, s'étend sur-

tout à sa face postérieure jusqu'au rein; en bas, à ce niveau, le péritoine est épaissi, tapissé de fausses membranes anciennes. Les autres organes sont sains.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé JABOULAY.)

Grossesse tubaire gauche datant d'un mois 1/2. — Rupture du kyste embryonnaire. — Inondation sanguine intra-péritonéale. — Signes d'obstruction intestinale. — Laparotomie. — Eventration. — Cure radicale. — Guérison.

La femme X..., âgée de 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Pollosson. M. le professeur agrégé Jaboulay, alors chargé du service, porte le diagnostic de grossesse tubaire; ayant déterminé, par sa rupture dans l'abdomen, la formation d'une hématocele intra-péritonéale.

Depuis deux mois les règles ont disparu et la malade a ressenti, il y a dix jours, une vive douleur dans l'abdomen. Elle est très faible, présente un état syncopal, se plaint de coliques persistantes, de nausées, de vomissements et d'une impossibilité d'aller à la selle et d'émettre des gaz. Le ventre est météorisé.

La T. est de 38°2.

A la palpation de l'abdomen, on sent, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et se propageant dans le petit bassin, un empâtement considérable. Le toucher décèle une collection rétro-utérine. La moitié gauche du col de l'utérus est allongée comme si ce dernier avait été sectionné verticalement, ou que la section gauche se soit développée exclusivement; de plus, il saignait légèrement.

Le 2 janvier 1894, M. Jaboulay fait une laparotomie. Il fait sur la paroi abdominale une incision angulaire, l'une des branches de l'incision est parallèle à l'arcade pubienne gauche et longue de 12 centimètres environ ; l'autre, suivant la ligne blanche, est de 8 centimètres. On évacue environ deux litres de caillots de sang intra-péritonéaux au milieu desquels on découvre l'embryon. L'on enlève la trompe gauche et l'on fait un mickulicz.

Deux jours après, on enlève le drainage qui avait ramené beaucoup de sang. Il s'est formé des adhérences entre les anses intestinales. Ces adhérences sont lâches et se laissent facilement libérer. La paroi abdominale est ensuite fermée par une suture à triple étage. La T. reste au-dessous de 38° et la réunion est en bonne voie.

15 jours après, il se produit une ascension de la courbe thermique, 39°2, et l'on constate dans la fosse iliaque gauche, la présence d'une collection. On décide une nouvelle intervention ; l'on fait sauter les points de suture et l'on fait un drainage abdomino-vaginal.

La malade guérit et quitte l'hôpital, mais est obligée de porter une ceinture abdominale.

Trois mois après, la malade revient, portant une éventration surtout marquée au niveau de l'angle de la cicatrice.

L'intestin fait hernie sous la peau.

Le 10 avril, on fait la cure radicale de l'éventration.

L'intestin est légèrement blessé par suite de ses adhérences avec la paroi. Il se forme une fistule stercorale.

Le 20 mars, la malade sort guérie de sa fistule et de son éventration. Plusieurs mois après la guérison persiste.

OBSERVATION V.

(In *Province médicale*, 20 mai 1899.)

Grossesse extra-utérine. — Hématocèle considérable. — Hernie ombilicale étranglée consécutive. — Mort. — Autopsie. — (TIXIER.)

Le samedi, 13 mai, on appelait M. Tixier, comme chirurgien de garde à l'Hôtel-Dieu, à 9 heures du soir, pour opérer d'urgence une malade qui venait d'entrer dans le service de M. le docteur Vallas. Elle était atteinte de hernie ombilicale étranglée.

Cette femme, jeune, vigoureuse, âgée de 32 ans, qui présentait à première vue tous les symptômes de la hernie étranglée, portait au niveau de l'ombilic, une tumeur grosse comme une petite orange, non réductible et douloureuse à la pression.

Cette tumeur était de coloration bleu-noirâtre foncé, comme si le sac de la hernie qui la constituait était rempli de sang. On sentait, du reste, par la palpation, une série de nodosités en chapelet qui firent faire le diagnostic d'épiplocèle étranglée.

Ce diagnostic correspondait bien aux signes d'étranglement herniaire bâtarde, que présentait la malade. Elle racontait, en effet, que la veille, elle avait pu encore aller à la selle et que depuis elle avait émis quelques gaz. Mais le ventre était météorisé et douloureux au moindre contact. La malade avait vomi et avait des nausées. Ce qui frappait le plus à l'examen, était un état d'anxiété considérable, un pouls très petit, filant, extrêmement rapide. Les phénomènes de shock n'étaient pas en rapport avec les signes d'étranglement herniaire.

La malade nous raconta alors que le début de son affection remontait au jeudi 11 mai. Le matin de ce jour, elle avait éprouvé des douleurs extrêmement vives dans le ventre et avait été obligée de se coucher. Peu à peu, des coliques intenses

s'étaient déclarées, tandis que sa hernie ombilicale augmentait sans cesse de volume. Elle devenait dure et tendue et la malade ne pouvait plus la faire rentrer. Elle disait, du reste, que jamais elle n'obtenait une réduction complète, ce qui avait fait penser à une épiplocèle adhérente.

Ces symptômes allant sans cesse en augmentant d'intensité, elle se fit conduire à la Charité dans la journée du 13. Là, on reconnut une hernie ombilicale étranglée et on la renvoya à l'Hôtel-Dieu.

C'est alors que fut décidée l'intervention immédiate. Au moment où l'on allait endormir la malade, celle-ci fit remarquer qu'elle nourrissait alors son deuxième enfant et qu'elle attendait ses règles le 15 mai, ce qui la préoccupait au point de vue de l'opération. Réglée d'ailleurs très régulièrement, ces dernières règles étaient venues normalement au mois d'avril.

La malade endormie, incision au niveau de l'ombilic et l'on trouve un sac contenant de l'épiploon adhérent baignant dans un sang noirâtre. Après débridement de l'anneau, une portion d'épiploon indemne de toute adhérence est attirée, et on applique sur lui une série de ligatures en chaîne. Le tout réduit, on allait s'occuper de la cure radicale de la hernie.

A ce moment, le pouls de la malade était si mauvais, que l'aide qui endormait la malade, enleva complètement l'anesthésique, trouvant, disait-il, des menaces de collapsus formidables. On ne se les expliquait pas, lorsque, regardant dans l'intérieur du ventre par l'ombilic largement fendu, on vit des anses intestinales imbibées de sang.

On crut tout d'abord que les ligatures sur l'épiploon avaient lâché. Incision rapide de la paroi pour aller à la recherche du pédicule. Mais alors une telle quantité de sang noir, poisseux, vint de la partie inférieure de l'abdomen, qu'immédiatement M. Tixier fit le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale.

La situation était grave. Le collapsus augmentait. Rapidement d'un coup de bistouri, la paroi est fendue jusqu'au pubis et glissant la main dans l'excavation, l'utérus est saisi et attiré dans la plaie. On aperçoit alors une rupture de la trompe gauche qui laissait jaillir un jet de sang veineux gros comme le petit doigt. On fait l'hémostase après résection de la trompe malade; on enlève à pleine main les caillots qui comblaient le petit bassin. Un énorme mickuliez fut placé dans le Douglas. Suture en un seul plan de la paroi. La malade reprenait un pouls un peu meilleur.

Le lundi 15 mai, grâce au sérum artificiel, la malade avait repris un état général assez rassurant. M. le chirurgien-major Vallas, craignant que le drainage du petit bassin ne fut pas assuré suffisamment, incisa le cul-de-sac postérieur du vagin. Il ne s'écoula que très peu de sang. Le 16, la malade mourait de septicémie péritonéale.

Autopsie.— On constata que l'hémorragie avait été complètement arrêtée. Il y avait un peu de pus dans les flancs et le péritoine était le siège d'une inflammation aiguë généralisée.

OBSERVATION VI.

(In *Archives de Tocologie*, août 1877.)

Grossesse extra-utérine de trois mois.— *Hématocèle rétro-utérine.*
— *Compression des uretères et de l'intestin.* — *Occlusion intestinale chronique.*— *Mort par urémie.*— *Autopsie.*— (M. LEROUX).

C... Justine, 29 ans, ménagère, entre le 3 mars 1877, dans le service de M. Dumontpallier, à l'hôpital de la Pitié, dans un état d'anémie extrême.

Cette femme réglée, depuis l'âge de 11 ans, avait toujours eu une menstruation régulière, mais toujours aussi ses règles duraient de 12 à 15 jours. Jeune fille, elle fut d'une bonne santé ; mariée, elle accoucha normalement de trois enfants dans l'espace de plusieurs années et continua à jouir d'une bonne santé. Sans avoir de fortes couleurs, elle était loin d'être pâle ; cependant, depuis un an, sans cause connue, elle aurait perdu un peu de ses forces. Vers le mois de novembre, elle ressent dans le ventre des douleurs assez vagues et se trouve plus faible ; ces symptômes toutefois ne sont pas assez marqués pour l'empêcher de travailler. Cet état persiste jusqu'au 16 février. Jusqu'alors ses règles toujours régulières apparaissent le 19 de chaque mois, durant de 12 à 15 jours. Le 19 février elle est prise de douleurs vagues dans le ventre et voit apparaître ses règles ; elle perd à peu près comme d'habitude, lorsque subitement, jeudi 1^{er} mars, alors que ses époques duraient encore, elle ressent des douleurs vives dans le bas-ventre, est prise de nausées, de vomissements, se trouve faible, est étourdie, devient pâle et froide et croit qu'elle va perdre connaissance. On la réchauffe. Pendant toute cette journée, elle accuse de vives coliques et outre une certaine quantité de sang liquide, elle perd, dit-elle, une sorte de « morceau de chair » ce qui, d'après ses réponses, ne devait être qu'un caillot. A partir de ce moment, la pâleur et la faiblesse, qui l'avaient subitement prise, persistent chez elle, et, de plus, un certain degré de surdité, que depuis longtemps elle accusait, s'accentue également.

Le lendemain, elle se trouve encore plus pâle et plus faible, aussi le 3 mars, entre-t-elle à l'hôpital.

Etat actuel. — Cette femme est d'une pâleur extrême, les muqueuses sont complètement décolorées, les lèvres pâles, la face, sans être amaigrie, offre la coloration de la vieille cire blanche jaunie par le temps ; le regard est éteint ; les pupilles

dilatées; il n'y a pas d'œdème. Elle répond bien aux questions, mais présente un tel état de faiblesse, qu'il y a lieu de craindre à chaque minute une syncope, aussi l'examine-t-on, sans la remuer. En découvrant la malade, on trouve sur tout le tégument externe, la pâleur de la face. L'abdomen est volumineux, dur, tendu; on y constate la présence d'une tumeur dure, bosselée, assez résistante, mais élastique, occupant toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen. En haut, elle commence à deux travers de doigt de l'ombilic et descend en bas jusque dans le petit bassin; elle occupe également la plus grande partie de la fosse iliaque droite, se prolongeant, mais dans une étendue moindre, jusque dans la fosse iliaque gauche.

Une percussion légère démontre que toute cette région est mate, tandis qu'au-dessus on retrouve la sonorité intestinale. Cette tumeur, plus molle en certains points, doit se composer de parties solides et d'autres liquides. En pratiquant le toucher vaginal, on tombe directement sur le cul-de-sac rétro-utérin, qui forme une saillie arrondie, se laissant facilement déprimer et n'offrant ni dureté, ni fluctuation bien manifeste. Les culs-de-sac latéraux sont également effacés. Le col est fortement poussé en haut et en avant, derrière le pubis. En recourbant le doigt en crochet, on trouve son orifice entr'ouvert, molasse, permettant l'introduction de l'extrémité de la phalange unguéale. La femme étant très faible, on lui évite le toucher rectal. Il n'y a pas eu de selles depuis trois jours environ.

Elle ne perd plus de sang par le vagin, mais quelques mucosités teintées de sang. Rien du côté des poumons. Les battements cardiaques sont réguliers, peu accentués, mais il n'y a aucun souffle, du côté des vaisseaux, on trouve un bruit de souffle à double courant.

En raison de la pâleur subite, de la faiblesse, de l'anémie, de la tumeur abdominale, etc., on est conduit à diagnostiquer : hématocele rétro-utérine, avec épanchement considérable.

Le lendemain, 4 mars, la pâleur est toujours extrême et la malade plus faible que la veille, le pouls petit, mais encore nettement perceptible, vif, régulier ; la peau est fraîche, surtout aux extrémités ; le ventre est plus tendu, plus dur, plus volumineux ; dans la soirée du 3, elle eut deux syncopes et des vomissements ; elle n'a pas uriné depuis 24 heures, on la sonde et on retire 1/4 de litre environ d'urine dans l'après-midi, la malade a deux syncopes.

5 mars. — Même état, il semble toutefois qu'il existe un léger degré d'amélioration ; malgré tout, comme il y a eu plusieurs syncopes la veille, et qu'en raison de l'état d'anémie et de faiblesse toujours très marqué, il y a lieu de craindre de nouvelles syncopes, on pense à la transfusion du sang. Tout est préparé pour pratiquer cette opération, si les syncopes reparaissent et se répètent coup sur coup au point de menacer la vie de la malade, mais rien ne se produisant, on laisse de côté la transfusion. La nuit n'est pas mauvaise.

6 mars. — Quelques minutes avant la visite, trois syncopes se succèdent rapidement, aussi trouve-t-on la malade extrêmement faible, dans un état de prostration assez marqué, avec tendance au sommeil. On ne fait néanmoins pas de transfusion. Pas de nouvelle syncope, ni dans l'après-midi, ni dans la soirée ; vers 4 heures, le pouls bat à 108°, est petit, mais très perceptible.

7 mars. — Pas de syncope dans la nuit, la malade est plus forte, moins abattue, parle même avec une certaine gaieté ; les extrémités sont plus chaudes et le pouls plus fort. Elle accuse une constipation opiniâtre, mais tous ces jours-ci, elle a uriné seule.

8 mars. — Même état général et local.

9 mars. — Amélioration notable. Pas de syncope. Elle va abondamment à la selle et urine spontanément. Le ventre est moins tendu et moins dur ; la langue est sèche, la soif vive, la bouche empâtée.

Le 10, l'état est à peu près le même ; mais, dans la nuit, elle est prise d'une syncope assez longue.

Le 12, la malade est assez agitée, elle se découvre, cherche à s'asseoir sur son séant, a un peu de délire.

Rien de nouveau les jours suivants ; elle est plus calme, moins faible, la constipation reparaît.

Vers le 15, elle se plaint de douleurs dans le côté gauche de la poitrine ; on ne trouve rien, ni à l'auscultation, ni à la percussion, mais, dès le lendemain, la peau est sèche, chaude, les pommettes sont rouges, le ventre n'est pas plus douloureux que les jours précédents. Dans la soirée, elle a deux vomissements et la température atteint 39°.

Le 17, elle ressent, à droite, dans la région iliaque, une douleur assez vive, continue. L'état fébrile est plus marqué que la veille ; le soir, le thermomètre marque 42° 2 et comme il n'y a pas de nouveaux vomissements, que le ventre n'est ni plus douloureux, ni plus ballonné, on pense qu'une résorption putride est la cause de cette élévation de la température. Le lendemain, les phénomènes abdominaux sont plus marqués, la douleur au palper assez vive, le ballonnement plus étendu ; la malade a, de nouveau, eu plusieurs vomissements. Il y a donc lieu de penser qu'il s'est fait, autour de la tumeur sanguinée, un peu d'inflammation péritonéale.

Toutefois, ces phénomènes durent peu, puisque le 3^e jour, c'est-à-dire le 20 mars, ces symptômes ont presque totalement disparu. Pendant ces quelques jours, la température s'est maintenue très élevée : 39° 5 le matin et 40° le soir.

Le 19, la température atteint son maximum : 40° le matin, et 41° 2 le soir.

Le 20, la température baisse d'une manière notable puisqu'elle n'est que de 38° le matin et 39° le soir.

Ce même jour, avec l'abaissement de la température, coïncident deux nouveaux phénomènes : tout d'abord, l'apparition

de quelques gouttes de sang par le vagin, fait qui coïncide avec l'époque de la menstruation (19 ou 20 de chaque mois) et secondement une attaque de nature singulière. Vers onze heures, subitement, sans cri, sans aura, elle est prise de contracture des quatre membres qui se maintiennent dans la flexion. La tête est animée de mouvements de rotation de droite à gauche et réciproquement ; les yeux sont également agités de mouvements divers, la langue est projetée au dehors ; pas de morsure, ni salivation, ni mousse ; le pouls est petit, précipité ; les battements cardiaques sourds et rapides ; il y a de faux pas du cœur.

Le 22, pas de crise analogue à celle d'hier. Température de même que la veille.

22 mars. — A sept heures et demie du matin, la malade est prise d'attaques épileptiformes à accès multiples, séparés par une détente d'une durée variable.

Ces attaques se continuent jusqu'au lendemain matin séparées les unes des autres par des périodes de calme plus ou moins longues, pendant lesquelles la malade ne recouvre point sa connaissance, qu'elle ne reprend guère que le lendemain 23, à 7 heures du matin après être restée 24 heures dans cet état de crise.

23 mars. — Vers neuf heures, la malade est dans la résolution et paraît avoir sa connaissance ; elle semble vouloir parler, mais ne peut, vu son état grave. Elle présente, en effet, un facies asphyxique, violacé ; la respiration, assez lente, fait entendre de gros râles trachéaux, râles qui existent depuis plusieurs heures ; le pouls est petit, bat à 90, la peau recouverte de sueurs. Température, 39° 5. Cet état s'aggrave et la malade meurt le soir à 9 heures.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on voit que le grand épiploon descend jusque vers le pubis et adhère aux parties sous-jacentes ; on le détache dans toute son étendue,

en décollant ses adhérences profondes. Au-dessous, on trouve une suffusion pigmentaire noirâtre qui occupe tout l'abdomen. Les anses intestinales, agglutinées par des adhérences fibreuses, sont refoulées dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen, tandis que la partie sous-ombilicale est remplie par le caillot, l'utérus et ses annexes.

L'utérus, dont le fond est très visible, est singulièrement élevé et porté en avant, dépasse de trois travers de doigt le niveau du pubis ; il est accolé à la symphyse pubienne, contre laquelle il comprime la vessie ; le bas-fond de l'utérus est recouvert par une partie du noyau fibrineux. De ses côtés partent les ligaments larges qui, par leur face antérieure, sont accolés aux parois antérieures et latérales du petit bassin ; cette face antérieure des ligaments larges paraît normale. La tumeur sanguine offre un volume considérable ; en haut, elle s'étend jusqu'à deux ou trois travers de doigt de l'ombilic, plonge en bas dans le petit bassin entre le rectum et l'utérus, et latéralement se prolonge jusque dans les fosses iliaques, peu du côté gauche, mais du côté droit, qu'elle occupe en grande partie.

La tumeur se compose : 1° de la poche ; 2° du caillot.

La poche est formée par les organes voisins, réunis par des dépôts fibrineux et des adhérences molles ; à droite, par le cœcum, le côlon ascendant et la fosse iliaque ; en avant, l'utérus et le grand épiploon ; dans le petit bassin, les parois sont formées par le rectum en arrière, l'utérus et les ligaments larges en avant. Les parois de cette cavité sont lisses dans toute leur étendue, aussi, on peut isoler le caillot de tous les côtés sauf au niveau du ligament large droit, aux annexes duquel il semble adhérer plus intimement.

Le caillot se prolonge de 1 centimètre à peine sur la face antérieure de l'utérus, sur les côtés et en avant ; il ne passe pas sur la face antérieure des ligaments larges qui est d'appa-

rence normale ; en arrière, il refoule le rectum ; sur les côtés, il s'appuie sur les fosses iliaques, mais surtout sur la droite, il monte jusque vers l'ombilic, dont il reste éloigné de trois travers de doigt. La couleur et la constitution du noyau varient suivant les points où on le considère et c'est en détruisant couche par couche qu'on peut se rendre un compte exact de ses détails. Brun jaunâtre, résistant, élastique à l'extrémité supérieure et à gauche, il devient rouge et cruorique en se rapprochant de la trompe du côté droit. Sa coupe montre qu'il est formé de plusieurs couches stratifiées, paraissant d'autant plus organisées qu'on se rapproche de la superficie de la masse sanguine. La couleur rouge cruorique semble donc être le résultat de poussées sanguines successives, dont les plus récentes sont les plus rapprochées du ligament large droit. En continuant la dilacération du caillot, on arrive sur une tumeur molle, élastique, qui fait hernie à travers les dernières couches et s'affaisse en se vidant.

On sectionne cette poche que l'on reconnaît être une poche des eaux, on y trouve un fœtus attaché par son cordon au placenta.

La mensuration du fœtus dénote une grosseur de deux mois et demi à trois mois environ.

Le pavillon de la trompe droite se confond avec la masse placentaire. Le canal de la trompe est perméable. L'ovaire offre le volume d'un petit œuf de pigeon. Sur une de ses faces, on voit une saillie très nette, qui est le corps jaune de la grossesse. Rien à noter pour l'ovaire et la trompe du côté gauche.

L'utérus, dont les parois sont épaisses de 2 centimètres, a une longueur totale de 9 centimètres. Sa muqueuse est rosée, légèrement injectée dans le corps. Il n'y a pas de caduque visible à l'œil nu.

La vessie est revenue sur elle-même, comprimée entre le pubis et contient 150 grammes environ d'urine. Le rectum

est refoulé contre le sacrum. En réunissant tous les fragments du caillot, on arrive au poids de 800 gr. ce qui permet, avec ce qui reste adhérent, soit à la trompe, soit aux parties voisines, d'évaluer à 1 kilogr. le poids de la totalité du caillot.

En détachant à droite et à gauche le caillot, on rencontre deux masses molles et fluctuantes qui sont les reins. Le bassin du côté droit a pris un développement considérable, ainsi que l'uretère dont le volume a triplé dans son tiers supérieur jusqu'au niveau du détroit supérieur, point sur lequel il se trouve comprimé par le caillot. Au-dessous, le volume est normal, le rein est un peu plus volumineux, son tissu est assez mou, sa coupe le montre anémié ; la substance tubulaire est injectée au niveau de quelques pyramides, qui sont moins nettement délimitées qu'à l'état normal. Les calices ont triplé de volume. A gauche, la disposition se trouve à un degré moindre. Il y a eu là un obstacle assez marqué, mais non total, à l'excrétion de l'urine.

Les autres organes ne présentent rien de particulier. Dans le cerveau, ni épanchement ventriculaire, ni œdème.

OBSERVATION VII.

(In *Lyon médical*, 1875.)

Etranglement interne par cicatrices, suites d'une hématocele rétro-utérine. — (A. MAGNIN.)

Jeanne-Marie J... de Tramayes (Saône-et-Loire) a accouché, il y a un an, à sept mois de grossesse : c'était sa deuxième couche ; l'enfant n'a pas vécu.

Deux mois après eut lieu le retour des règles, mais incomplet et accompagné de douleurs prolongées dans l'abdomen, qui nécessitèrent l'entrée de la malade à l'hôpital de Villefranche, où elle séjourna trois mois ; depuis lors, dysménorrhée.

A son entrée à la quatrième salle des femmes fiévreuses (service de M. le docteur Chavanne), le 23 juin dernier, cette femme n'avait pas revu ses règles depuis plus de deux mois : constipation opiniâtre depuis quinze jours ; douleurs fréquentes dans l'abdomen, qui est douloureux surtout dans la fosse iliaque gauche : on ne perçoit pas de tumeur.

Les jours suivants, les douleurs deviennent de plus en plus vives, elles sont continues ; de temps en temps surviennent des contractions intestinales douloureuses, visibles à travers les parois abdominales, sur lesquelles les anses intestinales se dessinent avec leurs mouvements péristaltiques ; la tumeur vermiciforme qu'elles déterminent, et qui se déplace ainsi à la surface de l'abdomen, offre une résistance considérable à la pression, bien qu'elle soit sonore et ne paraisse pas contenir de matières. La constipation persiste toujours ; pas de vomissements.

Le 30 juin, M. Chavanne pratique le toucher vaginal ; il ne trouve rien de particulier du côté du col, mais il constate que l'utérus a perdu sa mobilité et se tient fixé dans une position invariable ; de plus, le doigt perçoit dans le cul-de-sac vaginal un plan résistant qui s'étend à gauche de l'utérus.

M. Chavanne porte alors le diagnostic de *hématocèle* rétro-utérine, ayant déterminé des adhérences cicatricielles qui étranglent le gros intestin.

Pendant les premiers jours de juillet, les mêmes accidents persistent ; tympanisme, constipation, violentes douleurs accompagnant les mouvements intestinaux, puis des vomissements alimentaires et enfin fécaloïdes ; on cherche à désobstruer l'intestin par des purgatifs administrés sous toutes les formes ; ils déterminent des selles insignifiantes et les vomissements et les contractions continuent avec quelques intermittences mais de peu de durée. Apyrexie complète : T. R. oscille de 37° à 37° 7. Un soir seulement elle a atteint 38° 2.

Le 19 juillet, le poulx devient filiforme ; la malade est dans une anxiété extrême, en proie à des douleurs intolérables, les lèvres se cyanosent, la dyspnée augmente et le 21 elle meurt dans le collapsus.

Autopsie— Pratiquée le lendemain ; on trouve des signes de péritonite récente, occupant la cavité pelvienne ; il n'y a pas de matières fécales épanchées mais seulement un peu de sérosité. Le gros intestin est excessivement volumineux, rempli en entier de matières ; enfin, en l'isolant des parties voisines, on trouve au niveau de la partie postérieure et supérieure de l'utérus, à environ 15 centimètres au-dessus de l'anus, un étranglement circulaire presque complet, produit par des brides cicatricielles qui réunissent toute la partie postérieure de l'utérus au rectum et aux parties voisines.

Au dessus de cet étranglement, un centimètre environ, se trouve une perforation qui paraît récente, à bords nets, circulaires et à travers de laquelle les matières s'échappent si on pratique une compression un peu forte de l'intestin.

Cette pièce est intéressante surtout comme confirmation du diagnostic porté du vivant de la malade.

OBSERVATION VIII.

(In *Semaine médicale*, janvier 1836.)

Grossesse extra-utérine.—Hématocèle recto-utérine.—Occlusion intestinale.—Laparotomie.—Guérison.—(PRENGRUEBER.)

Il s'agit d'une femme de trente ans, employée de magasin, dont les antécédents morbides ne présentent rien de bien spécial. Elle n'a pas eu d'enfant.

Ses règles avaient toujours été très régulières, lorsque le 18 juillet dernier, elle éprouva un retard. Ce retard persista

jusqu'au 1^{er} août, sans déterminer aucune espèce d'accident et sans que la malade fut obligée de renoncer aux occupations, cependant très pénibles, de sa profession.

Dans cette journée du 1^{er} août, la malade éprouve brusquement dans le bas-ventre des douleurs d'une grande intensité, en même temps qu'elle constate un léger écoulement de sang par la vulve. Ces phénomènes furent de courte durée et, dès le lendemain, la malade revenait à son travail, malgré la persistance de l'écoulement sanguin. Il est vrai qu'elle se sentait moins alerte que les jours précédents elle se fatiguait facilement et éprouvait du côté du bassin une pesanteur pénible et fort gênante.

Le 8 août, la crise dont nous venons de parler se reproduit; les douleurs du bas-ventre sont toujours très vives et l'écoulement devient assez abondant pour être considéré comme une véritable perte. Quatre jours après, l'écoulement sanguin cesse, mais la douleur persiste et s'aggrave même au point que, le 22 août, la malade est obligée de s'aliter. Huit sangsues sont alors appliquées sur le flanc gauche, point où la douleur est le plus intense, et il en résulte un soulagement manifeste. A ce moment, l'état de la malade ne paraît pas trop mauvais, et ses diverses fonctions s'exécutent convenablement. La miction, les garde-robes sont normales, il n'y a ni nausée, ni vomissement, la fièvre fait défaut.

Les jours suivants les choses restent en état.

Dès les premiers jours de septembre, le ventre paraît grossir et à ce moment l'on constate dans le flanc gauche une tumeur du volume du poing. Toutefois, comme la douleur est sensiblement atténuée et que la malade, bien qu'un peu affaiblie par son séjour au lit, n'accuse aucun trouble fonctionnel inquiétant, on continue à porter un pronostic bénin.

Le 11 septembre, la scène change. La malade vomit brusquement une pleine cuvette d'un liquide brunâtre. Ces

vomissements se renouvellent un grand nombre de fois dans la journée, alors que les garde-robes se suppriment.

Le lendemain 12, malgré l'emploi méthodique des moyens usités en pareille circonstance (purgatifs, lavements, cathétérisme rectal) les vomissements sont plus abondants que la veille ; quant aux matières rendues, elles ont pris l'aspect et l'odeur des matières fécaloïdes. En même temps, l'état général s'est sensiblement aggravé. L'anxiété est extrême, les traits se creusent, les yeux s'excavent, le pouls est fréquent, petit, serré, la respiration haletante, la peau des extrémités est froide, bleuâtre, enfin la voix s'obscurcit au point que la malade peut à peine se faire entendre des personnes qui l'environnent. Chose remarquable, dans le courant de cette même journée, il y a une évacuation alvine assez abondante. Il est vrai que cette évacuation ne s'accompagne d'aucun soulagement et qu'à partir de ce moment la constipation est absolue, aussi bien pour les matières que pour les gaz ; il est probable qu'il s'agissait de l'évacuation de matières contenues dans la partie inférieure de l'intestin.

Si l'on examine la malade à ce moment, on constate les particularités suivantes : l'abdomen est dur, tendu, quelque peu ballonné mais indolore ; quand on déprime sa paroi, on arrive sur une volumineuse tumeur occupant tout le flanc gauche, dépassant même la ligne médiane, et remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Dans son ensemble cette tumeur est assez régulière, elle est mate, dure mais rénitente ; l'on peut même constater, lorsqu'on explore spécialement les parties les plus accessibles, qu'elle est fluctuante.

Lorsqu'on introduit le doigt dans le rectum, il semble que sa cavité soit remplie d'une tumeur volumineuse, régulière, également rénitente, et si l'on combine le toucher rectal et le palper abdominal, on ne tarde pas à se persuader que la tumeur

rectale n'est que la partie inférieure de la tumeur abdominale. Cette double exploration permet de constater à nouveau la fluctuation de la tumeur, car le liquide peut être renvoyé avec la plus grande netteté, de la main placée sur l'abdomen au doigt introduit dans le rectum, et réciproquement.

L'exploration par le vagin montre l'utérus fortement refoulé en avant et immobilisé derrière le pubis, le col est entr'ouvert et ses parois n'ont pas leur dureté normale. Le cul-de-sac postérieur fait une saillie convexe incontestablement due à la présence de la tumeur dont nous venons de parler, mais l'exploration de cette convexité ne nous donne pas, avec la même netteté, la sensation de fluctuation fournie par le palper abdominal et par le toucher rectal.

Le 13 septembre, les vomissements fécaloïdes sont devenus plus fréquents et leur odeur stercorale est encore plus nette que la veille ; l'estomac ne peut plus supporter aucune boisson. Quant à l'état général, il s'est encore aggravé si possible et l'aspect de la malade est celui d'une cholérique à la période algide. Nul doute que la malade succombera sous peu d'heures, si on ne lève l'obstacle qui s'oppose au cours des matières.

M. Prengrueber vit la malade à ce moment, et dès qu'il eut constaté l'ensemble des symptômes généraux et locaux dont il vient d'être question, nous tombâmes d'accord pour proposer à la famille de pratiquer immédiatement la laparotomie, d'aller à la recherche de l'obstacle, de le lever si possible, et, en cas d'impossibilité, de faire au-dessus un anus contre nature.

Bien qu'il fut impossible d'établir avec certitude la cause de l'obstacle, un point cependant était hors de doute : il s'agissait d'une tumeur liquide, occupant à la fois le bassin et la partie inférieure de l'abdomen, et comprimant le canal intestinal en un point indéterminé de son trajet.

Quant à la nature de cette tumeur, nous pensâmes à un abcès, un kyste ou une hématocele, mais sans nous prononcer d'une manière catégorique à cet égard.

Quoi qu'il en soit, l'opération ayant été acceptée, fut faite dans la journée avec l'aide des docteurs Decaudin et Montporcellet qui avaient bien voulu nous assister.

La malade fut chloroformée avec une grande prudence en raison de son état de faiblesse extrême, on peut même dire que jamais elle ne fut endormie complètement ; cela n'eut d'ailleurs qu'une importance médiocre, car sa sensibilité était fortement émoussée du fait de l'état grave dans lequel elle se trouvait.

La paroi abdominale fut incisée à deux travers de doigt à gauche de la ligne blanche, et parallèlement à cette ligne, dans une étendue de 6 à 7 centimètres : l'incision se trouvait ainsi sur le point culminant de la tumeur, à égale distance de l'ombilic et du pubis.

L'abdomen ouvert, nous nous trouvâmes en présence d'anses intestinales ayant sensiblement leur aspect normal. Celle de ces anses que nous avions immédiatement sous les yeux fut déroulée avec précaution dans une étendue d'environ 15 cent. par des tractions faites de droite à gauche. Cette première manœuvre nous ayant montré que l'intestin cédait sans difficulté, qu'il conservait son aspect normal, nous en conclûmes que nous nous éloignons de l'obstacle ; nous fîmes rentrer immédiatement la partie sortie, et nous reprîmes des tractions en sens inverse. A peine 8 à 10 centimètres d'intestin étaient-ils déroulés, que nous reconnûmes l'impossibilité de continuer. Deux doigts furent alors introduits dans le ventre du côté gauche, à la recherche de cet arrêt, et ils ne tardèrent pas d'arriver sur une masse qui donnait la sensation d'anses agglomérées et réunies par des adhérences. Ces adhérences furent décollées sans difficulté, et nous sentions l'intestin se libérer peu à peu de la gangue inflammatoire dans laquelle il était emprisonné, lorsque nous vîmes s'échapper au dehors un jet de liquide de couleur chocolat, dans lequel nous n'eûmes pas de peine à reconnaître un épanchement sanguin ayant

subi les modifications habituelles du sang contenu dans les séreuses. L'aspect du liquide, sa situation dans le petit bassin, ne nous permettaient plus d'hésiter sur la nature de la tumeur : il s'agissait d'une hématoçèle rétro-utérine volumineuse, dont le contenu se vidait à la suite de la rupture des adhérences intestinales qui en limitaient la partie supérieure.

Il sortit plus de 500 gr. de liquide. Pendant toute la durée de cet écoulement, les doigts introduits dans la poche appuyaient sur la partie droite de la plaie abdominale, de façon à faciliter l'écoulement du liquide au dehors et à l'empêcher autant que possible de pénétrer dans le ventre.

L'écoulement du liquide achevé, que nous restait-il à faire ?

Le mieux, évidemment, eut été de fixer les bords de l'ouverture à la plaie abdominale, de façon à ce qu'il n'y ait pas de communication possible entre la poche sanguine et la cavité péritonéale.

C'est là la conduite tenue par Lawson Tait dans six cas d'hématoçèle qu'il traita par la laparotomie, et nous aurions bien voulu l'imiter ; malheureusement, la chose était impossible, le cas que nous avions sous les yeux différant absolument de ceux observés par l'auteur anglais. Dans ces derniers, en effet, il s'agissait d'hématoçèles extrapéritonéales, c'est-à-dire d'hématoçèles contenues dans une loge ayant des parois propres, qu'il était facile d'amener au contact de la plaie abdominale et de suturer à cette plaie. Ici, rien de semblable : la paroi de la poche était une portion du péritoine viscéral lui-même, de telle sorte que le doigt introduit dans la cavité morbide pouvait suivre la face postérieure de l'utérus, la face antérieure du rectum ou les anses intestinales agglomérées sans trouver des parois isolables, de membrane distincte susceptible d'être suturée à la plaie abdominale.

Cette circonstance s'explique facilement, sans qu'il soit nécessaire d'y insister : si l'on songe à la constitution anatomo-

mique de l'hématocèle rétro-utérine. Nous dirons même qu'il eut servi à confirmer notre diagnostic, s'il avait pu être encore douteux.

L'isolement de la poche étant reconnu impossible, nous nous contentâmes de la laver avec la solution phéniquée faible, et nous renfermâmes le ventre purement et simplement. Toutefois, on plaça un drain qui, partant du fond de la poche, venait sortir au dehors par l'angle inférieur de la plaie abdominale.

N'ayant pas à notre disposition tous les objets nécessaires pour un pansement antiseptique rigoureux, nous nous bornâmes à recouvrir la plaie avec des compresses trempées, pendant une heure environ, dans une solution phéniquée forte. Une épaisse couche de ouate et un bandage de corps maintint le tout en place.

Le lendemain, la malade était allée à la selle, les vomissements avaient cessé et son état général s'était relevé. On dut la sonder pour la faire uriner. Notons un ictère hœmaphéique intense, dont l'apparition nous démontre que, malgré toutes nos précautions, une partie de l'épanchement s'est répandue dans la cavité abdominale et a été ensuite résorbée ; le drain a laissé écouler une assez grande quantité de liquide analogue à celui que nous avons extrait la veille.

L'état de la malade a continué à s'améliorer les jours suivants ; le troisième jour on peut cesser le cathétérisme. A ce moment, nous refaisons le pansement et nous remplaçons le drain par un autre beaucoup plus court qui est lui-même supprimé trois jours après, alors que tout écoulement a cessé de se produire du côté de la plaie. Les fils sont enlevés à leur tour le huitième jour.

En résumé, la guérison s'est effectuée sans incident notable et, quinze jours après, la malade se levait. Un mois après, elle pouvait sortir, et, au bout de six semaines, ses règles apparaissaient sans incident d'aucune sorte.

L'examen du ventre, pratiqué à ce moment, n'y révèle rien d'anormal, si ce n'est un léger ballonnement; il est souple, indolore et l'on n'y trouve plus de trace de la tumeur abdominale. La malade ayant refusé de nous laisser pratiquer le toucher rectal, nous devons nous contenter du toucher vaginal qui nous montre l'utérus à sa place, mobile, et les culs-de-sac complètement libres.

OBSERVATION IX.

(In *Bulletin Médical*, avril 1890.)

Grossesse extra-utérine. — Hématocèle péri-utérine. — Occlusion intestinale. — Laparotomie. — Mort. (CARLE.)

Marguerite V., âgée de trente ans, entre à la salle Sainte-Anne, dans le service de M. Poncet. Elle ressent, depuis quelque temps, de fortes douleurs dans l'abdomen, auxquelles se sont jointes, récemment, des pertes sanguines persistantes. C'est cet ensemble de symptômes qui l'amène à l'Hôtel-Dieu.

Nous ne relevons rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Elle-même a toujours joui d'une bonne santé et n'a souffert d'aucune maladie grave. Réglée de bonne heure, elle l'a toujours été normalement. Une grossesse à l'âge de dix-neuf ans, s'est régulièrement terminée, et son fils, actuellement âgé de onze ans, est vivant et bien portant.

Nouvelle grossesse il y a sept ans, terminée cette fois par une fausse couche au bout de trois mois. Dernière fausse couche il y a quatre ans, au même mois. Ces deux fausses couches se sont bien effectuées et n'ont été suivies ni d'hémorragies, ni de température. Nous ne pensons pas devoir songer à la syphilis dont rien, dans son histoire, ne nous montre l'existence. Depuis de longues années, elle a des pertes blan-

ches ou jaunâtres, plus ou moins abondantes, quelquefois douloureuses. Elle a également eu autrefois, une période de douleurs violentes à la miction et depuis a conservé une certaine irritabilité de la vessie. De temps à autre, cette cystite devient bien plus gênante et la malade urine jusqu'à vingt fois par jour, avec douleurs concomitantes de la miction, le tout d'ailleurs très intermittent.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital remonte au mois d'octobre 1898. Elle a eu, pour la dernière fois, ses règles le 16 octobre de cette année, et a constaté leur disparition les mois suivants.

Cependant la malade ne retrouvait pas les signes physiques et fonctionnels qu'elle avait observés dans ses grossesses précédentes. De fait, lorsque nous la voyons, en décembre 1898, c'est-à-dire deux mois après l'arrêt des époques, les seins sont plutôt petits, ayant leur volume normal au dire de la malade, très peu pigmentés et portent quelques petits tubercules pouvant très bien être normaux. Des troubles gastriques, dont elle était coutumière en pareille circonstance, ne se sont pas montrés.

Cependant, quelques douleurs abdominales, plus spécialement localisées dans la région lombaire, firent plus tard leur apparition dans le courant du mois de novembre. Leur persistance décida la malade à aller revoir l'herboriste. Celle-ci, paraît-il, ne se livra à aucune manœuvre sur la malade, ne fit même pas un toucher et se borna à prescrire une tisane, mettant tous ces symptômes sur le compte d'un « froid ». Cependant les phénomènes douloureux persistent et s'accroissent, irradiés cette fois à tout l'abdomen avec caractères de douleurs expulsives. De plus, huit jours après la visite précédente, cinq à six jours par conséquent avant son entrée, elle s'aperçut que sa chemise était tachée de sang.

Le suintement sanguin qu'elle constata d'abord augmenta assez rapidement, devint dès le deuxième jour, aussi abondant que les époques normales et persista ainsi jusqu'à son entrée à l'hôpital.

La couleur n'était pas tout à fait celle des règles, plus jaunâtre, dit la malade. Pas d'odeur spéciale. Nous insistons pour savoir si elle n'a jamais retrouvé quelque caillot ou débris de membranes dans le sang. La malade affirme qu'elle n'a jamais rien vu de semblable.

En somme, cette malade entre à l'Hôtel-Dieu avec l'histoire suivante : arrêt des époques depuis deux mois, apparition de douleurs il y a quinze jours, localisées d'abord à la région lombaire et qui ont pris le caractère de douleurs expulsives, métrorragies depuis six jours, restant stationnaires. Pas de phénomènes généraux.

Tel est son état au moment où elle entre à la salle Sainte-Anne, où elle est examinée par M. Bérard, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Poncet.

A l'inspection, nous trouvons un ventre normal, non ballonné, sans vascularisation superficielle. Il se laisse facilement examiner, et la douleur à la palpation est en somme peu marquée, diffuse, déterminée seulement par une forte pression et sans localisation bien spéciale. La région lombaire serait la plus douloureuse, surtout spontanément. L'utérus dépasse légèrement le pubis. La percussion ne nous apprend rien. Au toucher, on trouve un col un peu gros, mou, entr'ouvert, sans cicatrice, ne saignant pas sous le doigt. Les culs-de-sac latéraux sont souples, mais la pression forte sur le gauche détermine une certaine douleur. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur dure, résistante, assez douloureuse et qui l'empâte surtout à gauche.

L'utérus est en rétroversion, il est assez mobile, mais globuleux et la pression entre le doigt vaginal et la main abdomi-

nale démontre un certain degré d'hypertrophie. Rien au toucher rectal.

Température à l'entrée, 37°, 6 le matin et 38°5 le soir. Rien aux autres organes. Un peu d'albumine dans les urines.

Etant donné cet ensemble de symptômes, étant donné aussi que ses aveux sur ses fausses couches antérieures n'avaient été arrachés que tardivement et non sans peine, nous pouvions penser que, en réalité, la récente visite à l'herboriste avait été intéressée et que nous étions en présence de suites de fausse couche avec persistance dans l'utérus de débris placentaires. Ce diagnostic nous parut confirmé lorsque, deux jours après son entrée, on trouva, dans les pertes sanguines, un débris membraneux assez volumineux. Elle en trouva encore deux ou trois plus petits dans la journée. On la met alors au repos complet. On pratique tous les jours des lavages vaginaux. Lavements laudanisés. Chloral.

Trois jours après, le 11 décembre, sans modification appréciable de l'état local ni des écoulements, la température restée normale jusque-là, monte le soir jusqu'à 38°5 ; le lendemain, à 38° et se maintient à cette hauteur pendant les trois jours qui suivent.

16 décembre. — L'intervention est décidée par M. Bérard. On fait un curetage aussi complet que possible de l'utérus, on ramène une certaine quantité de débris membraneux et de caillots plus ou moins organisés, ne dégageant pas d'odeur spéciale ; on lave à la solution iodo iodurée et on draie à la gaze iodoformée.

Le lendemain, la température est tombée, mais l'état général n'est pas bon et le devient de moins en moins. Le facies tend à devenir abdominal, les yeux se cernent, les traits se tirent, le teint jaunit, la malade ne mange plus et ne dort pas. L'état local n'est pas meilleur. Assez rapidement dans la

journée qui a suivi l'opération, le ventre est devenu ballonné, beaucoup plus douloureux, avec des irradiations lombaires violentes.

22 décembre. — Les phénomènes s'accroissent, la température remonte à 40° pour y persister. Le ballonnement abdominal augmente et des vomissements font leur apparition au nombre de trois ou quatre. Dans la journée du 22, on décide de tenter une intervention par le vagin.

Cette intervention se justifiait d'autant plus, que le toucher dénotait un cul-de-sac postérieur très empâté et beaucoup plus douloureux. Entre les doigts placés dans le rectum et dans le vagin, à gauche, on saisissait facilement une tumeur rénitente et assez volumineuse. L'exploration était très douloureuse.

L'opération est pratiquée le 23 décembre par M. Bérard. Une incision est faite dans le cul-de-sac postérieur et prolongée à gauche. Le doigt, mis dans cette incision et l'élargissant, pénètre brusquement dans une cavité assez vaste, située en arrière et à gauche de l'utérus. Cette poche contient environ un litre de liquide hématique, couleur chocolat assez épais, strié de filets blanchâtres et qui s'échappe avec force. Quelques caillots lui succèdent.

On lave et on inspecte la paroi. Celle-ci est cloisonnée, tapissée, de ci et de là, de membranes friables et saignantes, que le doigt décortique facilement et attire au dehors. Elles rappellent absolument l'aspect du placenta. Le fond de la cavité débarrassé donne au doigt l'impression d'anses intestinales agglutinées. Lavage, drainage à la gaze iodoformée et pansement.

Les premiers résultats furent bons. Les douleurs diminuèrent rapidement, le ventre redevint souple, la température redescendit à 37° 5 et oscilla autour de ce chiffre pendant une douzaine de jours, la malade reprenait de l'appétit, recouvrait des forces et tout semblait annoncer une heureuse terminaison;

mais vers le 14^e jour le ventre reprenait un aspect inquiétant. La malade n'avait pas été à la selle depuis trois ou quatre jours malgré les lavements et les purgations qui ne faisaient qu'occasionner de violentes coliques. Le ventre devenait très douloureux, se ballonnait, momentanément d'abord, définitivement ensuite. Quelques vomissements, des coliques de plus en plus fortes, un état général mauvais sans température ; en somme, des phénomènes dénotant qu'il y avait obstruction des voies intestinales tenace et persistante, en tout cas, suffisante pour déterminer une nouvelle intervention.

La laparotomie est faite le 12 janvier au soir par M. Bérard. On trouve l'intestin grêle très distendu et fixé par plusieurs anses au bassin et à ce qui reste de la poche hémato-célique. Etant donné la multiplicité et la hauteur des adhérences on ne peut songer à faire un anus contre nature et on cherche à les détruire et à mobiliser l'intestin. On arrive facilement à libérer une anse. Mais derrière elle, s'en trouvent trois autres accolées et impossibles à dégager. Dans les tentatives de libération, l'une d'entre elles se déchire sur une longueur telle que l'on est obligé d'en réséquer 15 cm. pour placer un bouton de Murphy. L'opération est rapidement terminée par un Mickulicz.

La malade meurt le lendemain.

CONCLUSIONS.

I. — L'occlusion intestinale est une complication possible de l'hématocèle.

II. — Chaque fois que le médecin se trouvera en présence de phénomènes d'occlusion intestinale, il devra songer à la possibilité d'une hématocèle ; réciproquement, chaque fois qu'il constatera cette dernière affection, il aura présent à la mémoire les accidents qu'elle peut provoquer du côté du tube digestif.

III. — Cette obstruction peut être produite par trois causes :

a). Compression de l'intestin par une masse fœtale ou un lithopédion.

b). Compression massive, rapidement survenue à la suite d'énorme épanchement sanguin.

c). Obstruction lente par formation de brides cicatricielles résultant de l'organisation du caillot ou de la réaction inflammatoire du péritoine.

IV. — L'intervention chirurgicale est absolument indiquée et c'est par la voie abdominale qu'il faudra aller libérer l'intestin, toutes les fois que l'ensemble clinique pourra faire soupçonner l'inclusion d'anses intestinales dans la paroi de la poche.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

PONCET.

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,

LACASSAGNE.

Vu, et Permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE.

- CARLE. — *Bulletin Médical*, avril 1899.
- CHEVALIER. — *Archives de Tocol.*, 1882, p. 73.
- DUGUET. — *Archives de Tocol.*, 1879.
- DUMONT-PALLIER et DE SINETY. — *Ann. de Gynécologie*, 1878.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, t. VIII.
- HORNUNG. — *Æsterr. med. Jahrb.*, 1878. Bd. XXI.
- MAGNIN. — *Lyon Médical*, septembre 1875.
- MAYGRIER. — Th. d'agrég. d'acc., 1886.
- MICHAUD. — In *Traité de chirurgie* DUPLAY et RECLUS, t. VI.
- NOUET. — Thèse de Paris, 1874.
- ETTINGER. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1883.
- PLETZER. — *Monat. f. geb.*, 1867. Bd. XXIX.
- PONCET. — Th. d'agrég., Paris, 1877. *De l'Hématocèle péri-utérine.*
- S. POZZI. — *Traité de Gynécologie.*
- PRENGRUEBER et VICENTE. — *Sem. méd.*, 1886.
- SERRULAZ. — Th. de Lyon, 1895.
- TESTUT. — *Traité d'anat. art.* EMBRYOLOGIE.
- TIXIER. — *Province médicale*, mai 1899.

